POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.
Dr. M. OSTROWSKI.

O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kiły układu nerwowego zimnicą *).

(Z oddz. VI. Szpitala św. Łazarza, prymariusz Doc. Dr. E. Artwiński).

Doniesienie III.

I.

Przystępując do sprawozdania z wyników leczenia porażenia postępującego zimnicą od marca 1924 r. do końca czerwca 1925 r. uważamy za konieczne podać dane statystyczne, dotyczące chorych, szczepionych w roku 1921 i 1922 gorączką powrotną, objętych doniesieniem I., oraz szczepionych zimnicą od 1922 r. do końca lutego 1924., a objętych doniesieniem II.

Z pośród 10 chorych, leczonych gorączką powrotną, u których uzyskano całkowite zwolnienie objawów chorobowych 7 pozostaje nadal w naszej obserwacji i możemy stwierdzić, że nie wykazują oni żadnych ubytków intellektualnych, podmiotowo czują się zupełnie dobrze i pracują (w swoich zawodach) (inżynier — chemik, dentysta, profesor gimnazjalny, artysta malarz).

U 3 z pośród tych chorych zwolnienia całkowite trwają już dłużej niż cztery lata, a u innych 4 dłużej niż 3 lata. Pozostałych 3 chorych straciliśmy z obserwacji.

Z pośród 70 chorych (objętych II. doniesieniem), leczonych zimnicą, 19 chorych opuściło oddział jako zdolni do pracy zawodowej (grupa A.), 13 chorych opuściło oddział z poprawą, ale z pewnemi ubytkami psychicznemi, jako zdolni jedynie do mniej odpowiedzialnej pracy (grupa B.). Bez poprawy wypuszczono wzgl. przeniesiono do zakładu psychjatrycznego w Kobierzynie 28 chorych (grupa C.).

Ponowne badania osobiste, wzgl. wywiady uzyskane od rodzin wykazują, że z 19 chorych, którzy opuścili oddział jako zdolni do pracy 17 pracuje w swoich zawodach, jeden tj. ośmnasty ma się gorzej, ale pozostaje nadal w opiece domowej, a o chorej dziewiętnastej mimo starań nie uzyskano wiadomości.

Z liczby 13 chorych, którzy opuścili oddział z poprawą niezupełną, 3 zmarło w domu (powodu śmierci nie znamy), 3 chorych pozostaje nadal w tym stanie, w jakim opuścili szpital, stan 6 chorych poprawił się w domu o tyle, że wrócili do swoich zajęć zawodowych, a o jednym chorym nie uzyskano wiadomości.

Z 28 chorych, którzy opuścili oddział bez poprawy, 6 zmarło w Kobierzynie, 15 pozostaje w zakładach jużto jako postaci stacjonarne, jużto pogarszające się fizycznie i psychicznie, jeden chory ma się o tyle lepiej, że w domu przy ojcu pracuje na roli, ale jest nieco dziecinny i okazuje brak pamięci, stan 2 chorych poprawił się całkowicie i wrócili oni do swoich zajęć, a o 4 pozostałych chorych tej grupy nie uzyskano wiadomości.

Streszczając powyżej przytoczone dane, dotyczące 60 chorych, po odliczeniu 10 zmarłych w czasie leczenia, leczonych zimnicą, widzimy, że prawie wszyscy chorzy, wypuszczeni jako zdolni do pracy, z wyjątkiem jednego, pracują zawodowo, a z pośród 13 chorych, wypuszczonych z oddziału z niezupełną poprawą, stan 6 poprawił się później całkowicie, z pozostałych wreszcie 28, bez poprawy, 3 wróciło do zajęć zawodowych, 2 z nich nie okazuje ubytków intellektualnych, a trzeci z wyraźnemi ubytkami, pracuje jednak jako rolnik.

Dalsza obserwacja okazała więc, że tylko u jednego chorego wypuszczonego w zupełnem zwolnieniu stwierdzono pogorszenie, a u pozostałych, wypuszczonych z poprawą, w wielu przypadkach stan psychiczny uległ dalszej poprawie i chorzy ci wrócili do swoich zajęć.

Procentowo dałoby się to ująć w cyfrach następujących: Zwolnienie całkowite (A) 25, t. zn. 40%, z poprawą niezupełną, ale zdolnych do mniej odpowiedzialnej pracy (B) 5 t. zn. 8·3%; pozostała liczba 51·7% obejmuje tych, którzy zmarli w domu i których stan się nie poprawił.

Zwolnienia trwają od 2½ lat do 1 roku.

W szczególności:

u 1	chorego	utrzymuje	się	poprawa	32 miesiące	
» 2	chorych	»	»	»	30	»
» 2	»	»	»	»	25	»
» 6	»	»	»	»	od 20 do 24	miesięcy
» 13	»	»	»	»	» 15 » 20	»
» 2	»	»	»	»	» 12 » 15	»

U 24 chorych, tak z pośród tych, których stan się poprawił, jak i bez poprawy w szereg miesięcy po leczeniu zimnicą przeprowadziliśmy kontrolne badania serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego (Odczyn Wassermanna, Nonne-Apelta, pleocytoza), przyczem w 17 przypadkach łącznie z badaniami koloidowemi (mastyks benzoes).

Badania serologiczne przeprowadzone zostały w pracowni serologicznej prymarjusza Doc. Dr. Kostrzewskiego, a badania koloidowe przeprowadził Dr. L. Wander.

W 9 przypadkach odczyn Wa. z surowicą krwi z silnie, względnie średnio silnie dodatniego zmienił się na ujemny. W 7 przypadkach tenże odczyn z płynem mózgowo-rdzeniowym z silnie dodatniego zmienił się na ujemny, a w 4 przypadkach z silnie dodatniego na słabo dodatni, względnie niepewny. W 2 wreszcie przypadkach ze słabo dodatniego zmienił się na silnie dodatni.

W pozostałych przypadkach został bez zmiany.

Odczyn Nonne-Apelta z silnie i średnio silnie dodatniego w 7 przypadkach zmienił się na ujemny, a w 6 przypadkach na słabo dodatni.

Pleocytoza we wszystkich badanych przypadkach, z wyjątkiem 4, uległa albo znacznemu zmniejszeniu się, lub też powróciła do stanu prawidłowego. Jedynie w 4 powyżej wspomnianych przypadkach uległa nieznacznej nadwyżce.

U 17 chorych po przebytem leczeniu zimnicą zbadano płyn mózgowo-rdzeniowy w kierunku odczynów koloidowych, (mastyks i benzoes). Badania te wykazały, że w przeważającej liczbie przypadków typowe krzywe dla porażenia postępującego zmieniły się na krzywe kiły mózgowo-rdzeniowej.

Należy jednak podkreślić, że poprawa stosunków w odczynach serologicznych dotyczy przeważnie chorych, utrzymujących się w zupełnem zwolnieniu, jakkolwiek musimy zwrócić uwagę, że cały szereg chorych, będących w zupełnie dobrem zwolnieniu, ma odczyn Wassermanna z surowicą krwi i płynem mózgowo-rdzeniowym wybitnie dodatni.

II.

Od marca 1924 r. do końca czerwca 1925 r. zakaziliśmy zimnicą 70 chorych. Zakaziliśmy naszych chorych przez dożylne wstrzykiwanie im od 2 do 3 cm^3 krwi, pobranej od chorego w napadzie zimniczym.

*) Według referatu wygłoszonego na XII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich dn. 13. VII. 1925.

Pierwsze napady gorączkowe występowały przeważnie między 6 a 9 dniem po szczepieniu. W kilku przypadkach pierwsza gorączka wystąpiła już 2 do 3 dnia, u innych chorych znowu dopiero 15 do 17 dnia.

Wyraźne napady zimnicy z dreszczami i wysoką gorączką bywają poprzedzane u wielu chorych przez kilkudniowe wzniesienie podgorączkowe. Chorzy nasi przebywali średnio od 10 do 12 napadów zimnicy. Ilość godzin gorączkowych u poszczególnych chorych waha się od 135 do 25.

Ciepłota najwyższa dochodziła do 41'5°, średnia 40'5°.

Prawie u wszystkich chorych występowały wyraźne dreszcze przed napadem zimniczym.

Chorzy, szczepieni krwią chorego zimniczego o typie gorączkowym trzeciaczkowym, gorączkowali niejednokrotnie codziennie, czasami tor gorączkowy z opuszczającego zmienił się w codzienny i odwrotnie.

Przeszczepialiśmy ten sam szczep, przenosząc z chorego na chorego 25 razy, i nie zauważyliśmy, aby wyniki lecznicze w miarę dalszych szczepień były gorsze, a gorączka niższa.

U 13 chorych zimnica wygasła samoistnie, w tem u 8 chorych przedwcześnie po 5—7 napadach, a u 5 po 9 do 11 napadach.

Przerywaliśmy napady zimnicze przez podawanie w ciągu 2 do 3 dni chininy wewnętrznie, poczem przeprowadziliśmy leczenie salwarsanowe (2.5—3 gr.). Nigdy nie mieliśmy trudności w przerwaniu zimnicy, ani też nigdy nie spostrzegaliśmy nawrotów zimnicy.

Z pośród 70 chorych, szczepionych zimnicą, 30 opuściło oddział ze zwolnieniem całkowitem, jako zdolni do pracy zawodowej.

Pod względem klinicznym u 20 chorych tej grupy rozpoznaliśmy postać z otępieniem (dementywną), u 6 chorych maniakalną, a u 4 taboparalysis. Wszyscy ci chorzy byli szczepieni w pierwszym roku choroby, średnio w kilka miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów psychicznych. Średnia liczba napadów zimniczych u chorych tej grupy 12, najniższa 6, najwyższa 16. Średnia ilość godzin gorączkowych, przypadająca na każdego chorego tej grupy, 71.

W tej grupie chorych stwierdziliśmy często poprawę mowy, która z utykającej, zamazanej i zwolnionej, po leczeniu zmieniała się na czystą, znacznie wyraźniejszą, oraz poprawę pisma.

W jednym przypadku odnieśliśmy wrażenie, że odczyn źrenic na światło był sprawniejszy. Poprawy odruchów ścięgnowych nie stwierdziliśmy, bóle strzelające, opasujące, prawie zawsze łagodniały, a niejednokrotnie całkowicie znikały.

11 chorych opuściło oddział z niezupełną poprawą, t. zn. w chwili odejścia z oddziału stwierdziliśmy mniej lub więcej wyraźne ubytki intellektualne.

Pod względem klinicznym grupa ta obejmuje 6 chorych z rozpoznaniem taboparalysis, 4 z otępieniem, a jednego z maniakalną postacią porażenia postępującego.

Czas trwania choroby (objawy psychiczne) od roku do 5 lat. Średnia liczba napadów zimniczych do 12. Średnia ilość godzin gorączkowych 76.4.

Trzecia grupa obejmuje 26 chorych, którzy po leczeniu zimnicą opuścili oddział bez poprawy, z wyjątkiem 4, u których stwierdzono jedynie bardzo małą poprawę. — Większość jednak z nich przebywa w tej chwili w zakładach psychjatrycznych.

Klinicznie u 6 chorych tej grupy rozpoznaliśmy maniakalną postać, u 4. taboparalysis, a u pozostałych 14. otępienie (postać dementywną) daleko posunięte. U 6. chorych tej grupy ze względu na stan ogólny byliśmy zmuszeni zimnicę przerwać, a u innych zimnica wygasła sama po kilku zaledwie napadach. — U pozostałych 14. średnia liczba napadów zimnicy wynosiła 10 do 12.

Czas trwania choroby u chorych z tej grupy przed rozpoczęciem leczenia wynosi u 13 chorych niespełna 12 miesięcy, u pozostałych 13 od roku do kilku lat.

Średnia liczba godzin, przebytych w gorączce u chorych tej grupy, wynosiła 56 godzin na jednego chorego. — Czwarta grupa obejmuje 3 chorych, którzy zmarli. — Pierwszy z tych chorych (lat 65) zmarł w pierwszym napadzie zimnicy (sekcja zwłok wykazała daleko posunięte zmiany miażdżycowe i kiłowe w aorcie, oraz przerost lewego serca). U drugiego chorego (lat 43) porażenie postępujące przebiegało z bardzo silnem podnieceniem psychomotorycznem i szybko postępującym rozpadem psychicznym oraz znacznem osłabieniem fizycznem. — (Galopująca postać porażenia postępującego). Chory ten zmarł w czasie drugiego napadu zimnicy. Przebieg u tego chorego był powikłany, gdyż na pośladku wytworzył się duży ropień, który był punktem wyjścia zakażenia ogólnego. U trzeciego chorego zmiany gruźlicze w płucach pod wpływem trzech napadów zimniczych nagle się pogorszyły i mimo przerwania zimnicy po trzecim napadzie gorączki nie opadły, a chory zmarł po kilku tygodniach na oddziale zakaźnym.

Zbierając nasze tegoroczne wyniki, mogliśmy je ująć w następujących liczbach:

Na 70 chorych leczonych zimnicą uzyskano całkowitych zwolnień (zdolnych do pracy zawodowej A) 30 — to znaczy 42.9%, popraw niezupełnych u 11 t. j. 15.7%, bez poprawy 26 t. j. 37.1%, zmarło 3 t. j. 4.3%.

III.

Szczepiliśmy jeszcze zimnicą 9. chorych z zanikiem nerwów wzrokowych w przebiegu wiądu rdzenia, 2 chorych z porażeniem połowiczem na tle kiły, oraz jedną chorą z parkinsonizmem po śpiączkowem zapaleniu mózgu.

U jednego tylko chorego z zanikiem nerwów wzrokowych mogliśmy stwierdzić poprawę, a Doc. Dr. Brudzewski, który badał chorego przed leczeniem (10. I. 1924) i po ukończeniu leczenia 28. III. 1924 r. stwierdził, że: „Badanie wykazuje istotnie zmianę w objawach ocznych". Oko prawe, które poprzednio 10. I. 1924 r. było amaurotyczne, okazuje dziś poczucie światła, ale tylko dla rozprószonego światła dziennego. Lampy Auera nawet na 15 cm., nie rozpoznaje. — Oko lewe, które widziało palce na 4½ metr., dziś widzi na 5 m., ale przy tak drobnych przedmiotach (badałem znaczkiem Snellena) różnica ½ metra niewiele znaczy jako taka, bo leży w granicach zależnych od oświetlenia. Ogólnie biorąc stan ten sprawia na mnie wrażenie małej poprawy. — Natomiast w polu widzenia nie ma różnicy. — Niebieski kolor widział i widzi chory w tej samej przestrzeni, czerwony widzi żółto, jak i poprzednio. Źrenica lewa lepiej oddziaływa. — O czytaniu jakichkolwiek liter niema mowy. — Stan tarcz jest ten sam".

Dwóch innych chorych oślepło, zanim jeszcze zagorączkowali, po ukończeniu leczenia nie stwierdzono żadnej poprawy.

U 6 chorych z zanikiem nerwów wzrokowych wzrok utrzymywał się w takim stanie, jak i przed leczeniem.

Nie możemy określić, czy zimnica zahamowała lub zwolniła przebieg zaniku nerwów wzrokowych, gdyż nie mieliśmy sposobności badania tych chorych po upływie dłuższego czasu.

U dwóch chorych z niedowładem połowiczym, powikłanym w jednym przypadku niemotą, (senzoryczno-motoryczną), nie stwierdzono żadnej poprawy ani niedowładu, ani zaburzeń mowy.

Chora z parkinsonizmem nie doznała również żadnej poprawy.

W czasie gorączek spostrzegaliśmy u kilkunastu chorych stany majaczeniowe, które znikały ze spadkiem gorączki.

IV.

Podobnie jak i w latach ubiegłych, tak i w obecnym roku sprawozdawczym musieliśmy z obawy, aby zimnica

nie wygasła, szczepić wszystkich chorych, przybywających na oddział w daleko posuniętych okresach porażenia postępującego.

Jak z powyżej przytoczonych danych liczbowych wynika, najwyższy odsetek zwolnień całkowitych otrzymaliśmy u chorych, szczepionych w pierwszym roku choroby. Nie jest to jednak reguła, bo odchylenia widywaliśmy w obu kierunkach, i tak, niektórzy chorzy, szczepieni w pierwszym roku, nieokazywali poprawy, a inni znowu, zdawałoby się zupełnie beznadziejni, odzyskiwali całkowitą zdolność do pracy zawodowej nieraz dopiero w kilka miesięcy po przeprowadzeniu leczenia. Nadmienić jednak należy, że liczba takich chorych była niezmiernie mała.

Za przeciwwskazania dla tego leczenia uważamy:

a) Wiek powyżej lat 60,

b) zmiany gruźlicze w płucach,

c) daleko posunięte zmiany charłacze i miażdżycowe,

d) galopującą postać porażenia postępującego.

Kiłowych zmian aorty (mesaortitis luetica) zgodnie z doświadczeniem kliniki wiedeńskiej nie uważamy za przeciwwskazanie dla tego leczenia.

Konieczny jest natomiast ścisły nadzór czynności serca w okresach gorączkowych, gdyż niejednokrotnie uważaliśmy za konieczne podawanie środków sercowych zarówno w okresie wolnym, jak też i w czasie samych napadów gorączki.

Zestawiając nasze dane o 70 chorych, leczonych zimnicą w latach od 1922 do 1924 r. z danemi o takiej samej liczbie chorych, leczonych od 1924 do 1925 r., możemy stwierdzić, że w grupie A), obejmującej tych chorych, którzy powrócili do pracy zawodowej, liczby są prawie identyczne 40% i 42,9%.

Grupa B) z poprawą, (ale z ubytkami) w roku bieżącym wzrosła prawie podwójnie, bo z 8.3% do 15.7%, przez co zmalała grupa C) (bez poprawy) z 51.7% do 37.1%.

Wreszcie grupa D) (obejmująca zmarłych wskutek leczenia) okazuje poprawę, bo śmiertelność z 14.3% spadła do 4.3%.

Pocieszającą wielce jest rzeczą znaczne zmniejszenie się śmiertelności, co między innemi czynnikami tłumaczymy sobie tem, że o wiele częściej, niż w latach ubiegłych, podawaliśmy naszym chorym przetwory naparstnicy przed i między napadami, a kamforę podskórnie w czasie napadów.

Pragniemy tu podkreślić zgodne liczby w grupie A) (40% i 42.9%), gdyż grupa ta obejmuje tych chorych, którzy dobrze zdali egzamin życiowy, bo potrafili się utrzymać na swoich placówkach.

Należy jednak zauważyć, że przy ścisłem badaniu klinicznem można u pewnej liczby chorych grupy A) stwierdzić ślady przebytego cierpienia (zaburzenia uwagi, zapamiętywania i nieznaczne zaburzenia mowy), które jednak nie przeszkadzają im w wykonywaniu nawet zawodów intellektualnych, wymagających wysokiej sprawności umysłowej.

Oczywiście im praca jest prostsza, tem te ubytki mogą być większe i nie stanowić przeszkody do wykonywania zawodu, ale i odwrotnie.

Na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia, zgodnie zresztą z innymi klinicystami, możemy stwierdzić:

1) Leczenie zimnicą w porównaniu z innemi dotychczas stosowanemi środkami okazało się najlepsze, bo ilość zwolnień jest najwyższa, czas trwania zwolnień najdłuższy i jakość najlepsza.

2) Im wcześniej zaczynamy to leczenie, tem większe możemy mieć nadzieje uzyskania całkowitego zwolnienia.

3) Niebezpieczeństwo dla otoczenia zdaje się być bardzo małe; dotychczas w ciągu czterech lat nie zauważyliśmy żadnego przypadku zakażenia zimnicą od naszych chorych, ani u innych chorych szpitalnych, ani też wśród naszego personalu lekarsko-pielęgniarskiego. — Na podstawie doświadczeń kliniki wiedeńskiej zimnica sztucznie szczepiona, ma być przez widlisze (anopheles) nie przenośna. — Badania w tym kierunku, podjęte na naszych chorych przez Dra B. Pieczonkę, nie zostały jeszcze ukończone, ale jak dotychczas, zdają się one potwierdzać w całej rozciągłości doświadczenie kliniki wiedeńskiej.

4) Porównując nasze dane statystyczne z liczbami, zebranemi na podstawie bardzo bogatego doświadczenia n. p. kliniki wiedeńskiej, to stwierdzamy, że liczby nasze są z tamtemi prawie zgodne.

Gerstmann z kliniki Wagnera na podstawie obserwacji 294 chorych, leczonych w ciągu 1923 r., podaje następujące zestawienie:

Zwolnień całkowitych	38.1%
Zwolnień częściowych	30.6%
Bez poprawy	31.3%

Kończymy nasze sprawozdanie, wyrażając pragnienie, aby ile możności w jak najwcześniejszych okresach porażenia postępującego stosowano i u nas w Polsce leczenie zimnicą, bo jesteśmy głęboko przekonani, że to okaże się dobre i dla naszych chorych i dla ich rodzin.

Wyrażamy tu przypuszczenie, że spopularyzowanie tego sposobu leczenia, wczesne i trafne rozpoznania, oraz szybkie i jedyne dzisiaj racjonalne postępowanie lecznicze zdołają poprawić nasze statystyki i zmniejszyć szeregi tych, którzy do niedawna jeszcze, wchodząc do zakładów psychjatrycznych, wstępowali przez odrzwia, na których śmiało mógłby istnieć napis, który Dante umieścił u wrót piekielnych.

Składamy serdeczne podziękowanie Panu Doc. Drowi J. Kostrzewskiemu za przeprowadzenie badań serologicznych, oraz Panu Doc. Dr. J. Morawskiemu za udzielenie katamnez chorych, znajdujących się w Kobierzynie.

Piśmiennictwo:

1) E. Artwiński. Pol. Gaz. lek. Nr. 15. 1923 r. — 2) E. Artwiński. Pol. Gaz. lek. Nr. 51. 1924 r. — 3) J. Gerstmann. „Die Malaria-behandlung der progressiven Paralyse" Wien 1925. 4) U. Fleck. Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych. B. XCVI. H. 1/3 1925 r. — 5) W. Weygandt. Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych. XCVI. H. 1/3 1925 r.

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI, st. asystent klin. Wilno.

Przyczynek do badania sprawności czynnościowej wątroby.

Z II. Kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Trudności badania sprawności czynnościowej wątroby wynikają stąd, że narząd ten spełnia w ustroju cały szereg różnorodnych funkcyj. Aby ocenić sprawność wątroby, należy uwzględnić każdą jej funkcję poszczególną, a więc czynność wytwarzania i wydzielania żółci, przemianę azotową, przemianę węglowodanową, funkcję zobojętniania jadów, czynność regulującą stan krwi i t. d. Rzecz oczywista, że tam gdzie komórka wątroby jest zniszczoną, wszystkie jej funkcje zanikają, lecz upośledzenie czynności może nastąpić tylko w pewnym kierunku i wówczas, badając wydolność wątroby jedną jakąkolwiek metodą, możemy wyrobić sobie niedostateczne, względnie błędne nawet pojęcie o stanie narządu.

Zbliżonem do ideału byłoby takie badanie, które uwzględniałoby wszystkie, a przynajmniej ważniejsze funkcje wątroby. Stąd też nic dziwnego, że posiadamy liczne metody, a liczba ich stale wzrasta w miarę udoskonalania techniki badania i pogłębiania wiedzy o różnorodnych funkcjach tego narządu.

Jedną z lepiej poznanych czynności wątroby jest jej rola w przemianie węglowodanowej. Ta okoliczność oddawna została wykorzystaną dla oceny pod tym względem sprawności narządu. Do jednej z najstarszych metod należy

próba Colrata, polegająca na obciążaniu ustroju większą ilością cukrów prostych lub wielocukrów i wykrywaniu ich w poszczególnych porcjach moczu. Od czasu, kiedy technika badania zawartości cukru we krwi została udoskonaloną i uproszczoną, zaproponowano uzupełnić tę próbę całym szeregiem badań krwi na cukier, aby móc określić stopień i czas wzniesienia glikemji oraz powrotu do stanu pierwotnego i w ten sposób ustalić „współczynnik glikemiczny" oraz t. zw. pole cukrowe.

Strauss zaproponował podawanie lewulozy w coraz większych ilościach i określanie, przy której z nich zjawia się cukier lewoskrętny w moczu.

Filiński wprowadził podawanie miodu z obserwowaniem zjawienia się urobilinurji. Walter radzi przytem jednocześnie badać mocz na obecność cukru.

Próba florydzynowa może również oddać usługi, choć ma ona większe znaczenie dla oceny sprawności nerek.

Wreszcie próba glukuronowa opracowana przez Grimbert'a i Bernier'a, polegająca na podawaniu dużych dawek kamfory i badaniu moczu na obecność kwasu glukuronowego sprzężonego. Próba ta zdaje się być jedną z cenniejszych, gdyż mówi nam jednocześnie o ewentualnem zaburzeniu czynności wątroby w 2-ch kierunkach: przemiany węglowodanowej i funkcji zobojętniania jadów, bo, zdaniem wielu autorów, ta ostatnia jest ściśle zależną od pierwszej.

Nie będę się zatrzymywał na całym szeregu istniejących metod, których zadaniem jest określić stopień sprawności wątroby w kierunku przemiany azotowej, funkcji antitoksycznej, czynności regulującej stan krwi i t. d.

Przejdę do naszych spostrzeżeń w klinice.

Badając zachowanie się cukru we krwi przed i po zadaniu wyskoku u chorych na moczówkę cukrową oraz u ludzi zdrowych, spotkaliśmy się ze zjawiskiem, które zwróciło naszą uwagę. U osobnika zupełnie zdrowego po zadaniu średniej dawki wyskoku (około $^1/_4$ gr na 1 kg wagi) stężenie cukru we krwi stopniowo wzrasta, dosięga maksimum pomiędzy 3-cią i 4-tą godziną, poczem obniża się znowu i po 2-ch do 3-ch następnych godzinach, wraca do poziomu pierwotnego. U chorych zaś na cukrzycę zaobserwowaliśmy zjawisko zupełnie odwrotne, t. j. wyskok powoduje spadek glikemji, którego maksimum co do czasu odpowiada mniej więcej maksimum narastania u osobnika zdrowego.

W ciągu zaś następnych godzin glikemja znowu się wzmaga.

Ale nie tylko w moczówce cukrowej mogliśmy to stwierdzić, podobne fakty widzieliśmy we wszystkich badanych przez nas przypadkach schorzenia wątroby oraz w całym szeregu przypadków innych schorzeń, w których tolerancja węglowodanowa była upośledzona, o czem mogliśmy się przekonać zapomocą metody obciążania ustroju glukozą względnie lewulozą. Ogółem zbadaliśmy 105 przypadków, znaczna ich ilość była kontrolowana powtórnie lub sprawdzana tolerancją węglowodanową zapomocą przecukrzenia ustroju.

Zebrawszy zbadany materjał według kategorji schorzeń, otrzymaliśmy następujące zestawienie:

1)	Zdrowi	10 przyp.
2)	Moczówka cukrowa	17 „
3)	Żółtaczki nieżytowe i zastoinowe	13 „
4)	Kamica żółciowa	10 „
5)	Nowotwory i kiła wątroby	4 „
6)	Marskość wątroby zanikowa	1 „
7)	Hepatitis	4 „
8)	Choroby otrzewnej (gruźlica i rak)	3 przyp.
9)	Choroby narządów krwiotwórczych	7 „
10)	Schorzenia gruczołu tarczowego	3 „
11)	Choroby nerek przewlekłe	2 „
12)	Zastoina wątroby	2 „
13)	Choroby żołądka (dobrotliwe)	14 „
14)	Rak przewodu pokarmowego	3 „
15)	Gruźlica płuc	7 „
16)	Choroby zakaźne ostre	3 „
17)	Alkoholizm	2 „
	Razem	105 przypad.

Postępowaliśmy we wszystkich przypadkach jednakowo: na czczo t. j. około 14 godzin po ostatnim posiłku pobieraliśmy krew, bezpośrednio potem badany otrzymywał 15—20 gr wyskoku trzykrotnie rozcieńczonego wodą. Śledząc co $^1/_2$ godziny za zachowaniem się cukru we krwi w całym szeregu najrozmaitszych przypadków, przyszliśmy do przekonania, że zawsze szczyt wzniesienia względnie spadku przypada w jednym mniej więcej czasie, t. j. pomiędzy 3 i 4-tą godziną po spożyciu wyskoku i że wystarczy w tym właśnie momencie, nie uciekając się do częstych badań, pobrać krew powtórnie, aby porównać ilość zawartego w niej cukru z ilością otrzymaną bezpośrednio przed podaniem wyskoku. W ten sposób uprościliśmy sobie metodę po-

TABLICA I.

Zestawienie wyników badania 105 przypadków na zachowanie się cukru we krwi pod wpływem WYSKOKU

L. p.	Rodzaj choroby	Ogólna ilość badanych	Spółczynnik > 1	Spółczynnik < 1
1	Zdrowi	10	10	0
2	Żółtaczki nieżytowe i zastoinowe	13	0	13
3	Kamica żółciowa	10	0	10
4	Nowotwory i kiła wątroby	4	0	4
5	Marskość wątroby zanikowa	1	0	1
6	Zastoina wątroby	3	1	2
7	Hepatitis	5	0	5
8	Moczówka cukrowa	17	0	17
9	Choroby narządów krwiotwórczych	7	1	6
10	Choroby otrzewnej (Rak i gruźlica)	3	0	3
11	Rak przewodu pokarmowego	2	0	2
12	Choroby żołądka i jelit (Dobrotliwe)	13	4	9
13	Gruźlica płuc	7	4	3
14	Choroby nerek przewlekłe	2	0	2
15	Choroby gruczołu tarczowego	3	0	3
16	Wypadki ostre infekcyjne	3	3	0
17	Alcoholismus	2	2	0

stępowania, ograniczając się do dwukrotnego określania cukru, t. j. na czczo i po upływie 3-ch godzin od spożycia wyskoku. Oczywiście badany winien w ciągu tego czasu zupełnie powstrzymać się od wszelkiego pożywienia i pozostawać w stanie spokoju. Otrzymujemy w ten sposób dwie cyfry, odpowiadające stężeniu cukru we krwi przed i po podaniu wyskoku. Iloraz otrzymany przez podzielenie liczby uzyskanej w 3 godziny po spożyciu wyskoku przez liczbę otrzymaną przy badaniu na czczo, czyli współczynnik glikemiczny poalkoholowy w jednym szeregu przypadków okazał się większy, w innych zaś mniejszy od jedności.

Przyjrzyjmy się obecnie wynikom naszych badań (tablica 1).

Widzimy, że u osobników zdrowych współczynnik glikemiczy poalkoholowy zawsze był większy od jedności, natomiast we wszystkich przypadkach cukrzycy jak również w schorzeniach wątroby, oraz w całym szeregu innych schorzeń, w których, jak się okazało, tolerancja węglowodanowa ustroju była obniżona, współczynnik glikemiczny poalkoholowy wypadł mniejszy od jedności.

Fakt zmniejszenia tolerancji węglowodanowej przy wielu cierpieniach został stwierdzony przez cały szereg autorów: badania v. Noordena ujawniły podobne zjawisko w niektórych chorobach nerwowych i umysłowych, następnie w chorobach wątroby i gruczołów dokrewnych. Inni autorzy stwierdzili obniżenie tolerancji cukrowej przy chorobach płuc, opłucnej, stawów, a także podczas ciąży.

Niektóre cierpienia przewodu pokarmowego, zwłaszcza nowotwory złośliwe powodują upośledzenie tolerancji węglowodanowej, czyli według autorów francuskich schorzeniom tym towarzyszy „niewydolność glikolityczna". U nas badania pod tym względem zostały przeprowadzone przez Cytronberga. Nasze badania potwierdziły spostrzeżenia dawniejsze, a oprócz tego stwierdziliśmy metodą przecukrzenia ustroju zmniejszoną tolerancję węglowodanową w przypadkach następujących: obrzęk śluzakowaty, białaczka, zakrzep żyły śledzionowej, żółtaczka hemolityczna.

Z 2-ch przypadków niedokrwistości złośliwej postępującej — jeden okazał się ze zmniejszoną tolerancją, drugi zaś z prawidłową. We wszystkich więc przypadkach tam, gdzie mieliśmy do czynienia ze zmniejszoną tolerancją węglowodanową, współczynnik glikemiczny poalkoholowy okazał się mniejszy od jedności, w przypadkach zaś z prawidłową przemianą cukrową — większy od jedności.

Powyższe fakty zmuszają nas do zastanowienia się, skąd pochodzi ta krańcowa różnica działania wyskoku w jednych i drugich przypadkach.

Nie zatrzymując się na całym szeregu przypuszczeń, które tutaj są możliwe, jak wpływ wyskoku na ośrodki nerwowe, układ parasympatyczny, gruczoły dokrewne, na proces wiązania glukozy przez wyskok i t. d., chcę tylko wskazać na ścisły związek, jaki obserwowaliśmy między schorzeniem wątroby i zmniejszeniem współczynnika glikemicznego poalkoholowego: im cięższe w pojęciu klinicznem było schorzenie wątroby, tem współczynnik glikemiczny poalkoholowy wypadł mniejszy. Ilustruje to kilka przytoczonych przypadków (tablica II.).

Wszystkie niemal istniejące teorje upośledzenia przemiany węglowodanowej wskazują na wątrobę, jako na na-

TABLICA II.

Zdrowi	% cukru przed podaniem wyskoku	we krwi po podaniu wyskoku	Spółczynnik	Żółtaczki	% cukru przed podaniem wyskoku	we krwi po podaniu wyskoku	Spółczynnik
1	0.08	0.110	$\frac{0.110}{0.08} > 1$	1	0.080	0.065	$\frac{0.065}{0.080} < 1$
2	0.110	0.128	$\frac{0.128}{0.110} > 1$	2	0.090	0.078	$\frac{0.078}{0.090} < 1$
3	0 120	0.130	$\frac{0.130}{0.120} > 1$	3	0.120	0.095	$\frac{0.095}{0.120} < 1$
4	0.110	0.128	$\frac{0.128}{0.110} > 1$	4	0.128	0.110	$\frac{0.110}{0.128} < 1$
5	0.100	0.115	$\frac{0.115}{0.100} > 1$	5	0.120	0.08	$\frac{0.08}{0.120} < 1$
6	0.110	0.130	$\frac{0.130}{0.110} > 1$	6	0.130	0.110	$\frac{0.110}{0.130} < 1$
Cukrzyca				Rak wątroby			
1	0.210	0.150	$\frac{0.150}{0.210} > 1$	1	0.085	0.064	$\frac{0.064}{0.085} < 1$
2	0.184	0.142	$\frac{0.142}{0.184} > 1$	2	0.099	0.065	$\frac{0.065}{0.098} < 1$
3	0.275	0.188	$\frac{0.188}{0.275} > 1$	3	0·130	0.105	$\frac{0.105}{0.130} < 1$
4	0.310	0.220	$\frac{0.220}{0.310} > 1$	4	0.136	0.112	$\frac{0.112}{0.136} < 1$
5	0.280	0.200	$\frac{0.200}{0.280} > 1$	—	—	—	—
6	0·295	0.210	$\frac{0.210}{0.295} > 1$	—	—	—	—

rząd odgrywający pod tym względem ważną rolę. — Że wątroba jest jednym z głównych czynników, regulujących przemianę węglowodanową w ustroju, to jest kwestją dzisiaj całkowicie ustaloną. Natomiast jakim przemianom podlega wyskok w ustroju zanim zostanie rozłożony na wodę i dwutlenek węgla, jaki jest jego stosunek do cukru, znajdującego się w ustroju, że w jednym przypadku działa obniżająco, w innym zaś podwyższająco, — tego my dzisiaj z całą pewnością ustalić nie możemy.

Dalsze badania w tym kierunku mogą przyczynić się do wyświetlenia tej ciekawej sprawy.

Z dotychczasowych naszych badań wynika:

1. U osobników zdrowych współczynnik glikemiczny poalkoholowy, t. j. iloraz otrzymany przez podzielenie liczby, oznaczającej zawartość cukru we krwi w 3 godziny po spożyciu wyskoku, — przez liczbę otrzymaną przy badaniu cukru na czczo, — jest większy od jedności.

2. W przypadkach moczówki cukrowej oraz schorzenia wątroby współczynnik glikemiczny poalkoholowy jest stale mniejszy od jedności.

3. Przy schorzeniach innych narządów współczynnik glikemiczny poalkoholowy zachowuje się rozmaicie, zależnie od tego, czy danemu cierpieniu towarzyszą zaburzenia w przemianie węglowodanowej.

4. Określenie współczynnika glikemicznego poalkoholowego może być wykorzystane dla oceny sprawności czynnościowej wątroby, zwłaszcza, że wykonanie jest łatwe i proste; oczywiście z zastrzeżeniem, że dalsze badania, na znacznie większej ilości chorych i. w warunkach bardziej rozmaitych dokonane, potwierdzą nasze dotychczasowe wyniki.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK. Kraków.
asystent Kliniki.

Wpływ insuliny na przemianę materji u chorych na cukrzycę.

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. Witold Orłowski.

Doniesienie tymczasowe.

Z pośród chorych na cukrzycę, leczonych w latach szkolnych 1923/4 i 1924/5 w Klinice Prof. W. Orłowskiego insuliną, w 9 przypadkach przeprowadziłem codzienne badania przemiany materji. Okres badania trwał u poszczególnych chorych średnio 30 dni. Badania te wykazały, że insulina

1. przedewszystkiem wpływa na acetonurję, później dopiero obniża przecukrzenie krwi oraz cukromocz,

2. obniża wskaźnik diurezy,

3. na ogólną kwaśność moczu wpływa tylko w przypadkach z kwasicą, na kwaśność jonową jest bez wpływu,

4. wybitnie poprawia bilans węglowodanowy,

5. poprawia też bilans azotowy, lecz pod warunkiem dostarczenia ustrojowi dostatecznej ilości jednostek cieplnych, oraz poprzedzającej poprawy bilansu węglowodanowego; nie wyklucza się i bezpośredniego wpływu insuliny na zatrzymanie azotu,

6. o ile choremu dostarcza się dostatecznej ilości jednostek cieplnych powoduje wzrost wagi ciała częściowo przez zatrzymanie wody w ustroju, głównie jednak wskutek poprawy przemiany materji.

Oprócz tego z naszych badań wynika, że

a) niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia insuliną jest ustalenie diety, nawet bowiem duże dawki insuliny nie odcukrzają chorego gdy jego dieta przekracza pewien poziom ilości węglowodanów oraz białka. Wybitną rolę odgrywa tu również jakość zarówno węglowodanów jak i białka,

b) stopień stężenia acetonurji nie daje nam jeszcze możności przewidywania śpiączki,

c) objawy tak zwane hipoglikemiczne mogą wystąpić pomimo istnienia cukromoczu i normalnej glikemji.

*) Praca ukaże się w całości w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Ryg. med. St. KIEŁCZEWSKI. Kraków.
asyst. zakł. anat. patolog. U. J.
Dr. STRYJEŃSKI prymarjusz zakładu. Kobierzyn.

O znaczeniu odczynu Spatza w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

Z Zakładu anatomji patolog. U. J. i prosektury Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod kierunkiem Prof. Dr. Ciechanowskiego.

Według sprawozdania w Tow. lek. krakowskiem w dniu 3 czerwca 1925 r.

W roku 1911 opisał Bonfiglio występowanie barwika, zawierającego żelazo w komórkach warstwy zewnętrznej (adventitia) naczyń mózgowych. Pierwszy Hayashi uznał to za charakterystyczne dla porażenia postępującego, a Lubarsch w 1917 roku na przeszło 100 przypadkach potwierdził stałe występowanie w porażeniu postępującem barwika zawierającego żelazo w sąsiedztwie nacieków okołonaczyniowych, nie przypisując mu zresztą większego znaczenia rozpoznawczego, niż obecności nacieków. Uznając również występowanie barwika zawierającego żelazo w komórkach błony zewnętrznej naczyń kory mózgowej za znamienne dla porażenia postępującego, wyzyskał to Spatz do szybkiego rozpoznawania porażenia postępującego na stole sekcyjnym. Podał on metodę badania, która pozwalała szybko i według niego zupełnie pewnie stwierdzić porażenie postępujące na podstawie bardzo charakterystycznego obrazu, który powstaje w korze mózgowej, gdy badany płat mózgu włożymy na kilkanaście do kilkudziesięciu minut do stężonego roztworu siarczku amonowego.

Jeżeli odczyn jest dodatni, to w korze gołem okiem lub przy pomocy lupy widać punkty ciemno zielone lub prawie czarne na jaśniejszem, zielonem tle kory. Z takich miejsc kory przenosi się na szkiełko przedmiotowe kawałeczek i rozgniata szkiełkiem nakrywkowem; pod mikroskopem widać wówczas ciemno-zielone grudki barwika, leżące wzdłuż ścian naczyniowych kory. Obraz taki pozwala według Spatza stanowczo rozpoznawać porażenie postępujące, jeżeli wykluczyć świdrowicę, (trypanosomiasis), w której odczyn z siarczkiem amonowym wypada dodatnio. Jak stwierdził Spielmayer, obraz histopatologiczny tej sprawy stoi bardzo blisko porażenia postępującego. W innych badanych przez Spatza przypadkach, jako to: zapaleniu opon, zapaleniu mózgowia (encephalitis), stwardnieniu rozsianem, miażdżycy tętnic mózgowych i wreszcie kile mózgu odczyn siarczku amonu wypada ujemnie.

Na zasadzie wyniku tych badań uważa Spatz odczyn z siarczkiem amonowym za zupełnie pewną metodę rozróżniczkowo-rozpoznawczą w przypadkach wątpliwych, podkreślając jednocześnie, że cechę charakterystyczną stanowi nie sama obecność barwika (hemosyderyny), lecz usadawianie się jego w komórkach błony zewnętrznej ścian naczyniowych kory mózgowej.

Co się tyczy barwika zawierającego żelazo, to Spatz uważa tę hemosyderynę za krwiopochodną, żelazo w niej zawarte jest więc innego pochodzenia niż żelazo budowlane, tak zwane autogeniczne, rozłożone w całym układzie nerwowym. Szczególnie obfitują w żelazo budowlane ciałko prążkowane, kula blada, substancja czarna Semmeringa.

Spatz podkreśla, że ze złogami hemosyderyny można się spotkać także w przypadkach ognisk krwotocznych w mózgu lub małych wybroczyn, powstałych wskutek pękania drobnych naczyń mózgowych, zmienionych miażdżycowo. Ale w takich przypadkach złogi hemosyderyny znajdują się tylko tam, gdzie zostały uszkodzone naczynia.

Wartość rozpoznawczą odczynu Spatza sprawdzał Stieffler na materjale, składającym się z 2 przypadków kiły mózgu, 3 nagminnego zapalenia mózgu, 2 otępienia na tle miażdżycy (dementia arteriosclerotica), oraz 8 przypadków porażenia postępującego, wśród których były 3 przypadki porażenia postępującego o przebiegu szybkim, dające obraz padaczki korowej. We wszystkich przypadkach porażenia postępującego odczyn był dodatni, jak również i w przypadkach o klinicznym obrazie przewlekłym (t. zw. ustalonym „stationär"), w których badanie histologiczne wykazało nieznaczne tylko nacieki komórkowe. Na zasadzie tego uznał Stieffler odczyn Spatza za zupełnie pewny odczyn rozpoznawczy przy badaniu anatomicznem porażenia postępującego.

W 1924 r. próbował Peter zużytkować odczyn Spatza do rozpoznawania klinicznego, badając kawałeczki kory, wydobyte przy pomocy nakłucia sposobem Neissera-Pollaka. Z badań swoich wyciągnął Peter wniosek, że odczyn z siarczkiem amonowym może mieć znaczenie kliniczne przy różniczkowaniu pomiędzy porażeniem postępującem i psychozą wiądową oraz porażeniem postępującem i kiłą mózgu.

Przeciwko metodzie Spatza podnieśli zarzuty Joseffi i Ostertag, z których pierwszy sądzi, że obecność barwika zawierającego żelazo jest tylko oznaką nacieków zapalnych w ścianach naczyń, że zatem możemy się spotkać z dodatnim wynikiem odczynu we wszystkich przypadkach, w których występują zmiany zapalne w naczyniach; Ostertag natomiast nie przeczy, że w przypadkach porażenia postępującego hemosyderyna grupuje się w charakterystyczny sposób w komórkach błony zewnętrznej naczyń kory, mniema jednak, że wykonanie odczynu na świeżym mózgu w sposób podany przez Spatza może czynić rozpoznanie wątpliwem, ponieważ mogą być wówczas wgniecione w korę kawałki opon, w naczyniach zaś opon występują podobne zmiany i w toku kiły opon, co Ostertag udowadnia kilku badanemi przez siebie przypadkami.

Z drugiej strony, jak podnosi Ostertag, zmiany w naczyniach kory mogą być niewielkie i nierównomiernie rozsiane, zwłaszcza w początkowych okresach porażenia postępującego, może się zatem zdarzyć, że do badania zostaną wzięte takie cząstki kory mózgowej, gdzie zmian w naczyniach niema, i wynik odczynu będzie wówczas wieść do wniosków fałszywych. Na tej też zasadzie podaje Ostertag tembardziej w wątpliwość wartość badań Petera na materjale uzyskanym klinicznie przez nakłucie. Pewne znaczenie mógłby mieć według Ostertaga odczyn jedynie wówczas, gdyby go wykonywano na preparatach krajanych z mózgów ustalonych, a nie w preparatach gniecionych z mózgów świeżych, jak poleca Spatz, oraz gdyby do badania używano wycinków z kilkunastu miejsc.

Zarzuty Joseffiego i Ostertaga uważa Spatz za niesłuszne, gdyż jego zdaniem: 1 główne znaczenie ma odczyn makroskopowy, który wykonywa się na wielkich płatach mózgu, zatem i w przypadkach zmian niewielkich i rozsianych zostaną one przy należytem badaniu stwierdzone, preparat zaś mikroskopowy robi się dopiero z wybranych miejsc preparatu makroskopowego;

2. naczynia opon nie mogą zamącać rozpoznania, gdyż można je zdjąć przed wykonaniem odczynu;

3. w żadnej innej sprawie chorobowej, prócz porażenia postępującego, mimo nacieków zapalnych okołonaczyniowych, odczyn nie daje wyniku dodatniego.

Wobec różnicy poglądów na znaczenie metody Spatza dla rozpoznawania porażenia postępującego, podjęliśmy badania kontrolne, mając na uwadze, że gdyby wyniki potwierdziły się na większym materjale, to metoda ta miałaby niezaprzeczenie dla anatomopatologa dużą wartość przy sekcji. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których zespół zmian anatomicznych, pozwalający przy badaniu pośmiertnem przyjąć porażenie postępujące, jest niekompletny. Przeprowadzając badania staraliśmy się określić w jakim stosunku zostaje wynik odczynu z siarczkiem amonowym do znalezionych zmian sekcyjnych makroskopowych i mikroskopowych, oraz jak przedstawia się odczyn w przypadkach klinicznie przebiegających szybko, w przypadkach bardzo przewlekłych (stacjonarnych) i atypowych.

Materjał zbadany przez nas składa się z 30 przypadków rozpoznanego klinicznie porażenia postępującego, w czem 3 przypadki taboparalysis, oraz 30 przypadków kontrolnych, wśród których znajdują się:

3	przypadki	nagminnego zapalenia opon,
2	„	gruźliczego zapalenia opon,
5	„	w których na sekcji znaleziono zmiany kiłowe: w 3 przypadkach tylko w tętnicy głównej i na podstawie języka, w 2 także i kilaki w wątrobie,
2	„	otępienia starczego,
1	„	schizofrenja,
16	„	osobników w starszym wieku z wybitną miażdżycą ogólną i tętnic mózgowych.

We wszystkich 30 przypadkach porażenia postępującego wynik odczynu był dodatni, przyczem w jednym przypadku, należącym do t. zw. postaci stacjonarnych, rozmieszczenie złogów barwika było nierównomierne: w pewnych miejscach obfite, w innych brakowało go zupełnie. Badanie histologiczne wykazało nierównomierne nacieki komórkowe okołonaczyniowe. Przypadek ten dotyczył 49-letniej kobiety, z rozpoznaniem klinicznem porażenia postępującego, u której początek choroby zauważono w roku 1916. Od 8. VI. 1922 r. do śmierci w dniu 6. IV. 1925 r. chora ta pozostawała w zakładzie w Kobierzynie. 9-letni przebieg choroby był bardzo przewlekły, bez zwolnień (remissio). Przy sekcji stwierdzono: fibrosis leptomeningum, atrophia cerebri (1060 gramów), ependymitis granulosa, mesaortitis luetica, arteriosclerosis mediocris gradus.

Przytaczamy jeszcze główne szczegóły dwu przypadków, w których wynik sekcji budził większe zajęcie ze względu na ich przebieg kliniczny.

1. P. W., 61-letni mężczyzna. Zakażenie kiłowe w 1918 r. Objawy porażenia postępującego w 6 lat po zakażeniu, t. j. od roku 1924. W Kobierzynie pozostawał 2 miesiące; przebieg choroby był bardzo szybki. Przy sekcji znaleziono: mózg 1450 gr., bez zmian makroskopowych. W tętnicy głównej nie znaleziono zmian kiłowych, lecz tylko zmiany miażdżycowe. Podstawa języka bez zmian. Badanie mikroskopowe wykazało w korze mózgowej obfite okołonaczyniowe nacieki, złożone z komórek plazmatycznych. Odczyn z siarczkiem amonowym wybitnie dodatni.

2. S. M. 41-letni mężczyzna. Początek choroby w 1920 r.; po leczeniu zimnicą 1½-roczne zwolnienie choroby. Z powodu nawrotu sprawy umieszczony w Kobierzynie, 11. VI. 1924 r. gdzie zmarł 20. X. tegoż roku. Przy sekcji znaleziono zwłóknienie opon miękkich, zanik mózgu (waga 1430 gr.), wygładzenie podstawy języka. W tętnicy głównej kilka nacieków miażdżycowych około ujścia tętnic wieńcowych. Badanie mikroskopowe mózgu: nacieki okołonaczyniowe niezbyt obfite, złożone z komórek plazmatycznych; odczyn z siarczkiem amonowym dodatni.

Należy podnieść, że obfitość złogów hemosyderynowych nie stoi wcale w stosunku prostym do obfitości nacieków okołonaczyniowych: czasem nacieki są małe, jak w opisanych powyżej przypadkach, odczyn zaś z siarczkiem wypada wybitnie dodatnio.

Co się tyczy zmian anatomicznych makroskopowych, to, według częstości występowania, przedstawiały się one w zbadanych 30 przypadkach następująco:

1. zmiany należące do zespołu pospolitego w porażeniu postępującem: fibrosis leptomeningum w 24 przypadkach, atrophia cerebri w 22 przypadkach, ependymitis granulosa w 2 przypadkach;

2. zmiany świadczące o przebytej kile: mesaortitis luetica w 22 przypadkach, gummata hepatis w 2 przypadkach, aplanatio baseos linguae w 10 przypadkach.

Na zasadzie badań naszych możemy stwierdzić, że złogi hemosyderyny w komórkach zewnętrznej warstwy naczyń kory mózgowej występują zawsze w porażeniu postępującem, stanowią zatem ważne kryterjum dla rozpoznania anatomopatologicznego. Badanie metodą Spatza t. j. traktowanie siarczkiem amonowym dużych płatów świeżego mózgu, pozwala łatwo wykryć zmiany także i w tych przypadkach, gdy są one ogniskowe lub słabo naogół wyrażone, jak to się zdarza w przypadkach bardzo przewlekle przebiegających lub okresach wczesnych choroby. Jedna jeszcze okoliczność przemawia za używaniem metody Spatza w każdym badanym sekcyjnie przypadku klinicznie wątpliwego porażenia postępującego: w zespole anatomicznym, którym kierujemy się w rozpoznawaniu, większość cech, jak: zgrubienie kości pokrywy czaszki, zwłóknienie opon, zanik mózgu, małe wodogłowie zewnętrzne i wewnętrzne, zdarzają się również w przypadkach zaniku starczego, ziarnistość wyściółki komór (ependymitis granulosa) spotyka się rzadko w zespole, jak wskazuje przytoczone powyżej zestawienie badanych przypadków. Zyskujemy zatem w metodzie Spatza cenne kryterjum pomocnicze.

(W czerwcu bieżącego roku ogłosił Pette wyniki swoich badań kontrolnych, zgodne z naszemi).

Piśmiennictwo:

1 Ostertag. Münch. m. W. 1924. 42. — 2) Peter. Münch. m. W. 1924. I. — 3) Pette. M. m. W. 1925. 22. — 4) Spatz. Zentr. für Path. 1923. 12, 33. — 5) Spatz. M. m. W. 1924. 47. — 6) Spatz. M. m. W. 1922. 38. — 7) Spatz. Zeits. für N. u. Psych. LXXVII. 1922. — 8) Stieffler. M. m. W. 1923. 22.

Z praktyki.

Prym. Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

O rozszerzeniu przełyku.
(Ectasia oesophagi).

Z oddziału chorób wewnętrznych I. B. Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z pośród rozszerzeń przełyku należy wyróżnić uchyłki (diverticula) od zwykłych rozszerzeń (ectasia). Uchyłki stanowią ograniczone workowate lub kieszonkowate rozszerzenia ściany przełyku i powstają już to przez wypuklenie ściany wskutek ucisku od wewnątrz światła przełyku; już to przez pociąganie ściany przełyku na ograniczonej powierzchni wskutek procesu chorobowego od zewnątrz działającego. Uchyłki przez wypuklenie są na ogół rzadkie; usadawiają się zawsze w odcinku szyjnym przełyku na granicy gardła i przełyku — i to na tylnej ścianie; przybierają niekiedy znaczną długość i szerokość (13.5 cm) tak, że w stanie wypełnienia ich przez treść pokarmową, uwidoczniają się na szyi jako guzy; wywołują zwężenie przełyku, a nawet i niedrożność dla dalszego przedostawania się pokarmów, a tem samem i zejście śmiertelne przez wygłodzenie (Zenker). Ściana ich składa się głównie ze zgrubiałej śluzówki, podśluzówki i włóknistej otoczki, warstwy mięsnej może w ścianie zupełnie brakować lub ogranicza się ona do nielicznych pęczków w szyjce uchyłka. Odpowiada to powstawaniu takiego uchyłka przez wypuklanie się błony śluzowej pomiędzy rozstąpionemi beleczkami mięśniowemi pod wpływem ucisku od wewnątrz (ciała obce, za duże kęsy pokarmowe, uraz) w tych miejscach przełyku, które już ze względów rozwojowych są mniej odporne.

Uchyłki przez pociąganie są częstsze; sadowią się przeważnie na przedniej ścianie przełyku w okolicy rozgałęzienia tchawicy na główne oskrzela; są małe; nie okazują dążności do znaczniejszego rozszerzania się i bardzo rzadko są przedmiotem rozpoznawania klinicznego. Powstają one przez pociąganie ściany na ograniczonej powierzchni wskutek zrostów. Zwyczajnie na dnie tych uchyłków spotyka się rozmiękły serowaty gruczoł oskrzelowy. Niekiedy przebijają one do tchawicy lub głównego oskrzela i powodują w następstwie zejście śmiertelne przez zgorzel płuc.

Zwykłe rozszerzenia przełyku (ectasia) powstają najczęściej powyżej zwężeń w części wpustowej żołądka lub dolnej części przełyku na tle blizn lub nowotworów, skoro warstwa mięsna ściany ulegnie zwiotczeniu i pokarmy zalegają tamże przez czas dłuższy. Są to wtórorzędne t. z. zastoinowe rozszerzenia, które ze względu na pierwotny proces chorobowy nie budzą większego zainteresowania klinicznego i anatomo-patologicznego. Okazują one zazwyczaj rozszerzenie wrzecionowate całego obwodu przełyku; rzadko są jednostronne i przybierają w końcu postać uchyłków. W odcinkach rozszerzonych ściana przełyku jest mniej lub więcej zgrubiała wskutek przerostu uzupełniającego warstwy mięsnej, wywołanego przez zwolna wzmagające się opory przy przedostawaniu się treści pokarmowej w miejscu zwężonem.

Ważne są natomiast rozszerzenia pierwotne przełyku bez zwężeń anatomicznych, które zajmują cały przełyk lub część jego. Częściowe rozszerzenia przełyku ograniczają się najczęściej do dolnego odcinka i miewają zwykle kształt wrzecionowaty, rzadko postać flaszkowatą. Niekiedy dochodzą one do tak znacznych rozmiarów, iż może się w nich zmieścić ramię dorosłego człowieka. Ściana tych rozszerzeń jest mniej lub więcej zgrubiała i to głównie przez warstwę mięsną, a mniej przez śluzówkę. Przypadek nadmiernego wrzecionowatego rozszerzenia przełyku bez zwężenia wpustu żołądka opisał Luschka u kobiety 50-letniej, która od piętnastego roku życia zauważyła odnośne objawy chorobowe. Długość przełyku wynosiła u niej 45 cm. zamiast 25 cm. — a obwód dochodził do 36 cm. zamiast 7.5 cm.

Dnia 13. VI. b. r. został przyjęty na oddział A. L., uczeń seminarjum nauczycielskiego, liczący lat 18. Według wywiadów obecna choroba rozpoczęła się u niego przed 3 dniami: bolem głowy, dreszczami, wysoką gorączką (39 C.), kaszlem, kłuciem w bokach i ogólnem osłabieniem. Przed dwoma laty miał przebyć zapalenie opłucnej lewej. Rodzice żyją; niema żadnego obciążenia dziedzicznego.

Przebieg choroby przemawiał za grypą u osobnika, okazującego konstytucję gruźliczą *(Influenza. Apicitis bilateralis. Adhaesiones pleuriticae sin. Thorax paralyticus).* W plwocinach niema prątków Kocha. Krew i mocz bez zmian wybitniejszych. Po tygodniu chory przestał gorączkować; zmiany nieżytowe w płucach ustąpiły. Natomiast przy dalszem spostrzeganiu klinicznem wyłoniły się u niego na pierwszy plan zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Wówczas dopiero chory podał, iż od 10 roku życia, a więc od 8 lat doznaje stale trudności w przedostawaniu się do żołądka pokarmów, zwłaszcza stałych, a mianowicie, że pokarmy stałe i płynne po spożyciu zatrzymują się w przełyku na wysokości dolnej części mostka powyżej wyrostka mieczykowatego i że on te zatrzymane pokarmy po pewnym czasie mimowoli napowrót wraca. Stan ten był dla chorego nadzwyczaj przykry i uciążliwy przez cały pierwszy rok; później zaczął się chory do tych warunków przyzwyczajać, zwłaszcza odkąd zauważył, że pokarmy łatwiej przedostają się do żołądka, jeśli najpierw głęboko wciągnie powietrze, a następnie przechyli górną część tułowia ku przodowi i silnie prze, uciskając na dolną część klatki piersiowej; pokarmy stałe muszą być poprzednio rozdrobnione i dobrze pożute. Chory stosuje ten zabieg od 7 lat i dzięki temu życie dla niego stało się znośne.

Dokładne badanie narządów trawienia i jamy brzusznej w dniu 21. VI. br. wykazało co następuje:

Język wilgotny, czysty. Brzuch w górnej części zapadnięty, poniżej miernie wysklepiony; nie bolesny. Dolna granica żołądka sięga do spojenia łonowego; tamże bardzo wybitne pluskanie treści żołądka. Wątroba, śledziona, narząd moczowo-płciowy bez zmian,

Badanie treści wydobytej zgłębnikiem przedstawia następujące wyniki:

22. VI. b. r. Zgłębnik wchodzi na 48 cm. Na czczo otrzymano 200 ccm treści nieuwarstwionej, oddziałującej obojętnie i nie zawierającej wolnego HCL. Po przepłukaniu podano próbne śniadanie Ewalda (szklanka herbaty i bułka); w pół godziny po próbnem śniadaniu wydobyto 150 ccm treści niestrawionej, również o oddziaływaniu obojętnem i bez wolnego HCL.

27. VI. Pluskania w żołądku nie stwierdzono. Zgłębnik wchodzi na 48 cm. Na czczo wydobyto 400 ccm treści półpłynnej, nie uwarstwionej. Po przepłukaniu litrem wody wydostano płyn

czysty. W pół godziny po próbnem śniadaniu Ewalda (200 ccm herbaty i bułka) otrzymano 500 ccm płynu nieuwarstwionego; wolny HCL, kwasota.

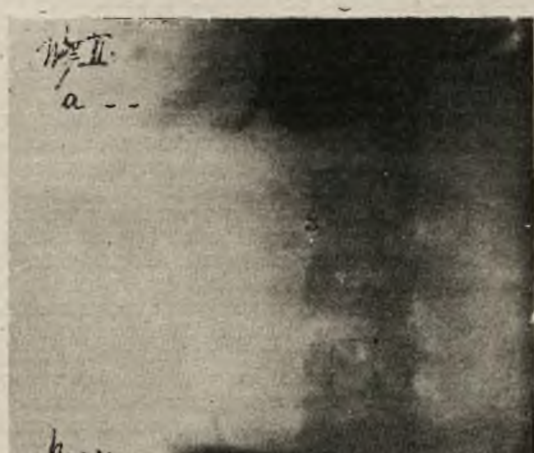
1. VII. Na czczo wydobyto zgłębnikiem 200 ccm treści podobnej jak 27. VI. Podano szklankę mleka słodkiego (200 ccm). W pół godziny po wypiciu tej szklanki mleka wydobyto nieco mniejszą ilość mleka, w którem stwierdzono sernik (kazeinę).

9. VII. Treść wydobyta na czczo wykazuje pod drobnowidem: Komórki roślinne (celluloza), kuleczki tłuszczu, nieliczne leukocyty, nabłonek płaski, miazgę bezpostaciową.

Dnia 24. VI. poddano chorego prześwietleniu promieniami Roentgena w Zakładzie roentgenologicznym szpitala św. Łazarza (Dr. Korabczyńska). Wynik badania następujący: Płynna masa obiadu kontrastowego zatrzymała się w przełyku, który jest silnie rozszerzony i tworzy zagiętą pętlę na kształt żołądka. Przez ściany przełyku przechodzą fale robaczkowe przodujące i wsteczne. Poniżej przepony światło przełyku jest silnie zwężone. Drożność tej części jest tak mała, że przy ponownem badaniu po 4 godzinach znajduje się w przełyku jeszcze dużo pozostałości. Równocześnie stwierdza się w dolnym biegunie żołądka również treść kontrastową, z żołądka niewydaloną, przypuszczalnie z tego powodu, że ona ustawicznie powoli napływa z przełyku. Z ułożenia dolnego bieguna żołądka można wnosić, że żołądek jest znacznie powiększony. Czy jest zwężenie odźwiernika, nie można rozstrzygnąć z powodu niemożności przeprowadzenia badania żołądka w tych warunkach przy zwężonym przełyku.



Ryc. 1.
Dolny rozszerzony odcinek przełyku ponad przeponą. (*a*)



Ryc. 2.
Dolny odcinek rozszerzonego przełyku ponad przeponą (*a*), poniżej dolna granica rozszerzonego żołądka (*b*).

Obraz roentgenologiczny i badania treści wydobytej wskazują, iż zgłębnik znajdował się tylko w dolnym odcinku przełyku, znacznie rozszerzonym na kształt żołądka; obecność zaś sernika w mleku wydobytym przez zgłębnik dowodzi, iż treść żołądka przedostawała się napowrót z żołądka do odcinka rozszerzonego przełyku. Przemawiają za tem też i ruchy robaczkowe przodujące i wsteczne w części rozszerzonej przełyku, stwierdzone przy prześwietlaniu. Wobec równoczesnego bardzo znacznego rozszerzenia żołądka należy wnosić, iż przyczyną tegoż jest zwężenie w okolicy odźwiernika tej samej przyrody, co i w części wpustowej przełyku. Samo zwiotczenie ściany żołądka nie mogło wywołać tak znacznego jego rozszerzenia i obniżenia się dolnej granicy żołądka do spojenia łonowego. W tych warunkach żołądek raczej powinien był być skurczony.

Etjologja powstawania pierwotnych rozszerzeń przełyku nie jest dokładnie znana. Eichhorst wprowadza w związek przyczynowy zadziałanie wstrząsów i urazów na klatkę piersiową. Swain spostrzegał rozszerzenie przełyku w następstwie upadku ze schodów. W przypadku Jaffego rozszerzenie przełyku nastąpiło wskutek zaciśnięcia części jego pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym mostka, zwróconym silnie na wewnątrz wgłąb klatki piersiowej, a kręgiem piersiowym niezwykle wysterczającym naprzód. Niekiedy zauważono rozszerzenie przełyku po przebyciu chorób zakaźnych lub wyniszczających wskutek następowego zmniejszenia odporności i kurczliwości warstwy mięsnej przełyku. W przypadku Klebsa stwierdzono stłuszczenie tej warstwy, a w przypadkach Rokitansky'ego, Giessego, Zenkera i t. d., w których był znaczny przerost tej warstwy, przyczyny zwężenia nie można było wykazać.

Również przez stale utrzymujący się skurcz części wpustowej żołądka, wywołany zaburzeniami nerwowemi, może się wytworzyć bardzo znaczny przerost warstwy mięsnej, połączony z rozszerzeniem przełyku (Mikulicz, Meltzer, Leichtenstern). Według Rosenheima naprzód wytwarza się zwiotczenie warstwy mięśnej, a dopiero wtórorzędnie dołącza się skurcz stały części wpustowej żołądka. Natomiast Einhorn odnosi powstawanie pierwotnych rozszerzeń przełyku do zaburzeń w odruchowym mechaniźmie połykania. W prawidłowych warunkach po połykaniu musi się otwierać wpust żołądka, aby pokarmy dostawały się do żołądka. Jeśli w tym odruchowym mechaniźmie nastąpią zaburzenia i we wpuście zatrzymują się pokarmy, dochodzi do rozszerzenia przełyku.

Jurasz upatruje przyczynę dla powstawania skurczu przełyku i następowych jego rozszerzeń nie tylko w nieprawidłowem unerwieniu danego miejsca, ale i w pierwotnych zaburzeniach mikro-anatomicznych i mikro-fizjologicznych komórek mięsnych. Najprawdopodobniej odgrywa też tu rolę brak równowagi w działaniu układu nerwu współczulnego i nerwu błędnego, wrażliwych na działanie różnych szkodliwych czynników bezpośrednio lub pośrednio na drodze odruchowej, a pozostających nadto pod wpływem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i bodźców psychicznych. Właściwość konstytucyjna osobnika nie pozostaje bez wpływu. Według Zaaijera przyczyna skurczu żołądka (cardiospasmus) leży w niedoczynności samego wpustu żołądka, który rozszerzaniem się nie odpowiada na bodźce pokarmowe. Zapatrywanie to poparł Jurasz wynikiem badania drobnowidowego, według którego komórki mięśni gładkich w odcinku zwężonym okazywały wyraźny zanik.

Zenker odnosi powstawanie ograniczonych rozszerzeń przełyku tuż ponad przeponą do życia płodowego; opisał on taki przypadek u noworodka.

W naszym przypadku po bliższem rozpatrzeniu powstanie tak znacznego rozszerzenia w dolnej części przełyku (przypominającego swym kształtem żołądek) i równocześnie bardzo znacznego rozszerzenia żołądka wskazuje najprawdopodobniej również na wadę utworową (stenosis congenita oesophagi in parte cardiaca ss. ectasia insigni partis inferioris oesophagi nec non stenosis congenita ad regio-

nem pylori ss. gastrectasia insigni) i na następową niedoczynność tychże odcinków przewodu pokarmowego na bodźce pokarmowe. Przypadek znacznego rozszerzenia dwunastnicy i żołądka (bez zmian przełyku) na tle zwężenia wrodzonego dolnej części dwunastnicy miałem sposobność spostrzegać na stole sekcyjnym w Zakładzie anatomo-patologicznym U. J. w r. 1919 u dziewczyny 18 letniej, u której rozpoznanie anatomo-patologiczne (prof. Browicz) opiewało: *Stenosis congenita partis inferioris duodeni ss. dilatatione partis superioris duodeni et ventriculi. Cachexia permagna universalis. Hypoplasia cordis.*

Piśmiennictwo:

1) Eichhorst. Handbuch der spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1905. — 2) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1895. — 3) Rokitansky. Osterreichische Jahrbücher 1846. — 4) Giasse. Uber Oesophagus Erweiterung. Würzburg 1860. — 5) Luschka. Virchows. Archiv. LXII. — 6) Strümpell. Archiv. f. Klin. Med. XXIX. — 7) Zenker. l. c. S. 45. — 8) Leichtenstern. D. med. Woch. 1891. — 9) Ziegler. Lehrbuch der allgem. und spez. patholog. Anatomie. — 10) Mikulicz. D. med. Woch. 1904. 1—2. — 11) Zaaijer. Arch. f. Klin. Chir. Band 130. 1924. — 12) Jurasz. Polska Gazeta Lekarska 1925. Nr. 28.

Dr. Edward MRÓZ. Kraków.
Asystent Zakładu anatomji patol. U. J.

O zarośnięciu ujść dużych tętnic.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Jagiel.
Dyrektor: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zmiany kiłowe sadowią się często w tętnicy głównej, Stadler w badanych 200 przypadkach kiły znalazł zmiany w tętnicy głównej w 82%, Oberndorfer w 7% wszystkich sekcjonowanych zwłok. Zmiany te wywołują bardzo często zarastanie ujść tętnic drobnych, odchodzących od aorty, zwłaszcza tętnic międzyżebrowych, a nierzadko zwężenie lub nawet zarośnięcie ujść tętnic wieńcowych serca. W przeciwieństwie do tego stoi niezmierna rzadkość zarośnięć ujść wielkich gałęzi aorty, jako to tętnicy bezimiennej, podobojczykowej i szyjnej wspólnej lewej.

I tak Fränkel w r. 1880 opisał przypadek zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej i drugi przypadek zamknięcia zakrzepem tejże tętnicy. Riegel w r. 1887 spostrzegał przypadek bardzo znacznego zwężenia ujść tętnicy szyjnej wspólnej lewej i podobojczykowej lewej, tak, że zaledwie przechodziła bardzo cienka szpilka. Klinicznie w tym przypadku spostrzegano bardzo słabe tętno tętnicy promieniowej i szyjnej. Preisendörfer w r. 1878 podał jeden przypadek zarośnięcia ujścia tętnicy bezimiennej i bardzo znacznego zwężenia tętnic: szyjnej wspólnej i podobojczykowej lewej. Klinicznie: tętno tętnic promieniowych bardzo słabe. Huchard i Pennel opisali w r. 1883 przypadek znacznego zwężenia ujść tętnicy bezimiennej, tętnic szyjnej wspólnej i podobojczykowej lewej. Högerstedt i Nemser w r. 1897 opisali jeden przypadek zarośnięcia ujścia tętnicy podobojczykowej lewej, jeden przypadek zwężenia tętnicy bezimiennej i jeden przypadek zarośnięcia tętnicy bezimiennej. Dejerine i Huet w r. 1888 podali jeden przypadek zarośnięcia tętnicy bezimiennej i równoczesnego znacznego zwężenia tętnicy podobojczykowej lewej, Türk w r. 1901 opisał jeden przypadek zarośnięcia tętnic szyjnej wspólnej lewej, podobojczykowej lewej, wieńcowej serca prawej, bezimiennej i międzyżebrowych górnych. Klinicznie: brak tętna w obrębie tętnic promieniowych i skroniowych, silne tętno w tętnicach biodrowych zewnętrznych. Naczynia podskórne grzbietu silnie rozwinięte, tętnią. Töppich w r. 1921 opisał jeden przypadek zwężenia tętnic międzyżebrowych, równoczesnego zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej, a jeden przypadek zwężenia tętnicy bezimiennej, tętnicy szyjnej wspólnej lewej, i podobojczykowej lewej. Wreszcie wymienić należy jedno ze spostrzeżeń Kussmaula zamknięcia zakrzepem, a następnie zarośnięcia ujścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej. Zajmuje ono odrębne stanowisko, ponieważ zmiany były następstwem ucisku przez guz.

Przypadki więc całkowitego zarośnięcia ujść wielkich gałęzi w łuku aorty opisali: w obrębie jednego ujścia: Fränkel 1. (tętn. bezimiennej), Högerstedt i Nemser 2. (podobojczykowej lewej i bezimiennej), Dejerine 1. (bezimiennej), Töppich 1. (szyjnej wspólnej lewej), razem przypadków 7. Zarośnięcie całkowite w obrębie wszystkich wielkich naczyń odchodzących od łuku aorty opisał Türk w jednym przypadku. Wobec rzadkości tych przypadków nie dziw, że etjologja i patogeneza ich nie jest dotąd wyjaśniona i każde nowe spostrzeżenie musi być zużytkowane do badań w tej sprawie.

Przypadek tego rodzaju zarośnięcia ujść dwóch tętnic wielkich: szyjnej wspólnej lewej i podobojczykowej lewej zdarzył się w roku bieżącym w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. w Krakowie. Dotyczy on 49-letniego wyrobnika J. M. zmarłego na oddziale I. B. szpitala św. Łazarza w Krakowie.

28. III. b. r. zgłosił się do szpitala ze skargami na duszność, osłabienie ogólne, bole w okolicy oczodołu, obrzęki, zawroty głowy, bóle brzucha, trwające od czerwca ubiegłego roku. Przechodził chorobę wysypkową. Żona dwa razy roniła. Troje dzieci zmarło wkrótce po urodzeniu. W szpitalu stwierdzono miedzy innemi odczyn Wassermanna silnie dodatni, tętno 100, nieregularne, na tętnicy promieniowej lewej bardzo słabe, tony serca głuche, a rozpoznano: *Nephrosis chronica, arteriosclerosis, emphysema, tumor hepatis et lienis; status post operationem invaginationis. Lues.* W czasie pobytu chorego w szpitalu wystąpiły ostre objawy wgłobienia jelit. W kilka dni po wykonanej z tego powodu operacji chory zmarł. Sekcję wykonano w Zakładzie anatomji patol. U. J. w Krakowie dnia 4. IV. 1925 r. Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Cicatrix in regione hypogastrica dextra post laparotomiam l. a. f. Peritonitis serosopurulenta probabiliter post invaginationem. Mesenterium et mesosigmoideum longa. Mesaortitis luetica et atheromatosis aortae. Obliteratio luetica arteriae carotis et subclaviae sinistrae. Arteriosclerosis universalis. Aneurysma aortae. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Emphysema pulmonum. Obliteratio cavi pleurae dextrae et adhaesiones circumscriptae compactae pleurales sinistrae. Amyloidosis lienis et renum.*

Ze szczegółowych danych sekcji przytoczę tylko te, które są w związku z zajmującą nas sprawą chorobową:

Wymiary serca: podłużny 14,5 cm; poprzeczny 11,5 cm; przednio tylny 7,5 cm. Grubość mięśnia sercowego komory

lewej	2,2 cm
prawej	0,5 cm
Obwód tętnicy głównej nad zastawkami półksiężycowatemi	14,5 cm
Obwód tętnicy głównej na wysokości łuku	9,5 cm
Grubość ściany tętnicy głównej nad zastawkami	0,2 cm
Grubość ściany tętnicy głównej w łuku	0,2 cm

Część wstępująca i łuk aorty są więc znacznie rozszerzone. Kształt rozszerzonej części wrzecionowaty.

W całej tętnicy głównej bardzo znaczne zmiany miażdżycowe różnego rodzaju obok zmian charakterystycznych dla kiły. W miejscu, gdzie odchodzą od tętnicy głównej tętnica szyjna lewa i podobojczykowa lewa, widać od wnętrza tętnicy głównej tylko nieznaczne, lejkowate zagłębienie, odpowiadające ujściu tętnicy szyjnej wspólnej. Poza tem niema żadnych otworów, któreby odpowiadały ujściom wspomnianych tętnic. Dokładniejsze badanie zgłębnikiem od strony tętnicy głównej i od strony obu tętnic stwierdza zupełną niedrożność, zarośnięcie światła na długości 2 cm w tętnicy szyjnej lewej wspólnej i 1,2 cm w tętnicy podobojczykowej lewej. Światło tętnicy szyjnej od strony obwodowej przedstawia się w postaci lejka, zwężającego się ku miejscu zarośnięcia. Podobnie wygląda tętnica podobojczykowa, tylko ściana z jednej strony jest grubsza. W niezarośniętej części tętnic znaleziono tylko wilgotne, elastyczne, ciemnoczerwone skrzepy pośmiertne. Ujście tętnicy bezimiennej bez zmian.

Badano drobnowidowo skrawki wzięte ze ścian tętnicy głównej 1. nad zastawkami, 2. ze ściany łuku tętnicy głównej, 3. z części wstępującej, 4. ze ściany tętnicy szyjnej lewej wspólnej, 5. ze ścian tętnicy podobojczykowej lewej.

Badanie mikroskopowe stwierdza w aorcie zwykły obraz zmian miażdżycowych i kiłowych w stopniu bardzo wybitnym: niejednostajne zgrubienie błony wewnętrznej ze zmianami szklistemi, martwicą, zwapnieniami, naciekami lipoidowemi, nacieki złożone z komórek plazmatycznych i limfocytów, blizny w warstwie mięsnej i przerwy warstw sprężystych. Na poprzecznym przekroju zarosłych tętnic niema zmian w błonie mięsnej, niema też ani śladu zmian miażdżycowych. Światło wypełnione tkanką

łączną dość wiotką, stosunkowo bardzo obfitującą w komórki, które długą osią leżą przeważnie prostopadle do błony sprężystej wewnętrznej. Ta nowowytworzona tkanka oddzielona jest od błony sprężystej wewnętrznej wąskiem, równem pasemkiem tkanki łącznej o budowie błony wewnętrznej prawidłowej. Wśród tkanki wypełniającej światło znajduje się kilka naczyń włosowatych i tętniczka. Nigdzie niema złogów hemosyderyny. W lejkowatem zwężeniu światła ponad zarośnięciem obraz podobny, tylko światło częściowo utrzymane.

Nasuwają się pytania: 1. w jaki sposób wytworzyć się mogło zarośnięcie 2. czy mogło być wyrównane drogami obocznemi i jakiemi?

W odpowiedzi na pierwsze pytanie dzielą się autorowie na dwie grupy. Zarośnięcia dużych tętnic, odchodzących od łuku aorty, odnosi jedna grupa autorów do miażdżycy (Fränkel, Kussmaul, Preisendörfer, Högerstedt, Nemser, Huchard, Dejerine). Zauważyć należy, że autorzy ci opisywali spostrzegane przez siebie przypadki w czasie, gdy nie odróżniano kiłowych zmian w naczyniach, od zmian miażdżycowych. Znano wprawdzie dawniej przerwy w włóknach elastycznych naczyń, ale te uważano za blizny po pęknięciach w przebiegu mesarteritis arteriosclerotica (Kraft), Wprawdzie Heiberg i Laveran jeszcze w roku 1877 przypuszczali, że nacieki drobnokomórkowe naokoło naczyniowe w środkowej warstwie tętnic są, być może charakteru kiłowego. Dopiero jednak Doehle wyodrębnił obraz mikroskopowy i makroskopowy zmian kiłowych w aorcie w odróżnieniu od zmian miażdżycowych. Z autorów, którzy się później tą sprawą zajęli i goraco bronili stanowiska Doehlego, wymienić zależy Hellera wraz z uczniami oraz Bendę i Chiari'ego. Od czasu Zjazdu patologów w Monachjum w r. 1899 pojęcie „aortis luetica" zdobyło prawo obywatelstwa.

Przypadek Kussmaula oraz dwa przypadki Fränkla rzeczywiście z wszelką pewnością tłomaczyć można sprawami miażdżycowemi, zgodnie ze stanowiskiem tych obu autorów. Przypadków jednak Riegela, Preisendörfera, Hucharda, Högerstedta, Nemsera nie możnaby na podstawie opisu autorów odnieść w myśl ich zapatrywań, stanowczo do miażdżycy. Przypadek Hucharda wobec wieńcowatego ułożenia zmian naokoło ujść, raczej zdaje się być charakteru kiłowego. Högerstedt i Nemser tłumaczą powstawanie zarośnięcia w ten sposób, że główną rolę przypisują zakrzepom przyściennym w przebiegu miażdżycy, która, według nich bardzo często umiejscawia się w obrębie ujść naczyń w łuku aorty. Wspominają wprawdzie, że niemożna stanowczo powiedzieć, czy kiła trzeciorzędna nie sprowadza zmian zarostowych w naczyniach większego kalibru — jednak, ich zdaniem, przyszłe badania raczej przekreślą pojęcie „endarteriitis obliterans luetica" na rzecz miażdżycy.

Druga grupa autorów: Türk, Töpplich, odnosi zarośnięcia do zmian kiłowych. Według Türka nie spotyka się wrodzonych zarośnięć dużych tętnic, nabyte zaś zarośnięcia mogą powstać w przebiegu kiłowej sprawy zniekształcającej i zarostowej (*aortitis resp. arteriitis deformans*) czyto przy ucisku naczyń przez worek tętniaka aorty, co sprowadza zwężenie i ewent. zamknięcie przez zakrzep, czy też w drodze przewlekłych spraw zapalnych zwężających. Sprawy te może wprawdzie bezsprzecznie sprowadzać miażdżyca, jednak i zmiany kiłowe według Türka, przechodząc z aorty na naczynia, mogą sprowadzać ich zarośnięcia i to uważa on w swoim przypadku za prawdopodobniejsze.

Töppich podał nieco inny sposób tłumaczenia tej sprawy. Zmiany kiłowe, toczące się w błonie środkowej aorty oraz tętnic odchodzących od aorty tuż przy ich ujściu powodują rozwój tkanki łącznej okrężnie naokoło ujść tych tętnic; następnie blizny okrężne, kurcząc się, stopniowo zaciskają i zwężają światło ujść. Dołączające się zgrubienie zastępcze błony wewnętrznej dopełnia zamknięcia i zarośnięcia światła. Za rzecz omal że wykluczoną uważa Töppich, by sam rozrost błony wewnętrznej mógł doprowadzić do zarośnięcia tak dużych naczyń, jak pni tętniczych w łuku aorty. Jores, opierając się na piśmiennictwie, dochodzi do następującego wniosku: „Omal nigdy nie przechodzą kiłowe zmiany aorty na naczynia odchodzące od łuku. Jednak czasem zmiany kiłowe mogą przechodzić z aorty na części początkowe naczyń; w tętnicy bezimiennej mogą sięgać do prawej tętnicy szyjnej wspólnej i prawej podobojczykowej (Hölscher). Często bywają ujścia gałęzi aorty zwężone wskutek zmian w ścianie samej aorty. Zwężenie to jest spowodowane przez bujanie błony wewnętrznej. Gdy zgrubiałe brzegi błony wewnętrznej zetkną się ze sobą, wówczas przerzucają sie ponad otwory ujść nowe warstwy błony wewnętrznej, (Straub, Redwitz) tak, że potem nie można znaleźć otworów ujść na ścianie aorty".

Co do roli zakrzepów i zatorów, to jedni, jak Högerstedt i Nemser, przypisują im w patogenezie zarośnięć bardzo wielką rolę, przyznając miażdżycy rolę jakoby pośredniczącą. W przypadkach Kussmaula zarośnięcie tętnic szyjnej i podobojczykowej nastąpiło drogą organizacji zakrzepów (przy rozległej i wybitnej miażdżycy). W przypadku Fränkla przyczyną zarośnięcia tętnicy szyjnej wspólnej lewej był prawdopodobnie zator tej tętnicy (przy miażdżycy i tętniaku aorty). W drugim przypadku, tętnica szyjna wspólna lewa była szczelnie wypełniona skrzepami. W przypadku Preisendörfera zakrzepy nie odegrały żadnej roli. Rolę zaś dodatkową odegrały w przypadkach opisanych przez Türka. Töppich nie przypisuje zakrzepom żadnego znaczenia w swoich przypadkach. Jores (w dziele „Herz und Gefässe", Henke-Lubarsch, Str. 625) sądzi, że „we wszystkich dotąd opisanych przypadkach tylko z niewielkiem prawdopodobieństwem można zarośnięcia odnieść do zakrzepów, — w tętnicach średniego kalibru występują zakrzepy rzadko". Chiari zwraca uwagę na częstość skrzepów w miejscu podziału tętnicy szyjnej i odnosi to do często tam się sadowiącej miażdżycy.

Dowodem na to, że stopniowe zwężenie aż do zarośnięcia może obejść się bez udziału zakrzepów, mogłyby być przypadki tak znacznych zwężeń ujść, że można było wprowadzić w nie zaledwie cieńką szpilkę, (jak w przypadkach Preisendörfera i Riegela), a żadnych śladów zakrzepów nie znaleziono.

W naszym przypadku obraz mikroskopowy nie godzi się z żadnem z tłumaczeń wspomnianych autorów. Niema bowiem żadnych śladów miażdżycowego zgrubienia w błonie wewnętrznej zarośniętych tętnic, niema zmian kiłowych w warstwie środkowej tych tętnic, ani ogniskowych, ani tem mniej okrężnych, niema wreszcie żadnych resztek zakrzepów w tkance wypełniającej światło, ani śladów po zakrzepie, jak hemosyderyny, której znalezienie nie jest zresztą samo przez się dowodem poprzedniego zakrzepu.

Pozostawałoby jedynie przyjąć rozrost łącznotkankowy błony wewnętrznej na tle samej kiły bez udziału miażdżycy, bez zakrzepu, bez udziału warstwy środkowej, mięsnej, prostą „endarteriitis proliferans", wiodącą wkońcu do zupełnego zarośnięcia. Na dowód, że takie zarastanie, dochodzące aż do zupełnego zamknięcia, może nastawać w naczyniach większego kalibru, mógłby służyć fakt, że przecież spostrzegano je w naczyniach kończyn, sprowadzające nierzadko zgorzel kończyn (Haga-Japonja). Ch. Thorel („Pathologie der Kreislauforg, Ergebnisse der allg. Pathol. Neunter Jahrg. 1903"), przyznaje, że zmiany zarostowe na tle kiły występują znacznie wybitniej w naczyniach małego kalibru, niż w dużych, że jednak nieuzasadnionem jest ze względu na częste przejściowe postacie ustanawianie granicy między zmianami zarostowemi naczyń małych i większych.

Zamknięcie nagłe tętnicy nie mającej krążenia obocznego lub mającej gałązki oboczne niedostateczne, daje objawy nagle występujących zaburzeń krążenia. Zamknięcie ujścia tętnicy szyjnej wspólnej przez skrzep czy zator, wywołuje w wielu przypadkach objawy mózgowe, porażenia

(niekiedy i śmierć). Sekcja w takich przypadkach stwierdza rozsiane ogniska rozmięknienia w mózgu. Ale w wielu przypadkach, opisanych przez różnych autorów, takie zamknięcia światła tych tętnic nie wywołały, prócz nieznacznych, początkowo występujących zaburzeń, żadnych groźnych następstw. Zamknięcie światła tętnic kończyn wywoływało osłabienia kończyn, słabe tętno i zgorzel kończyn. Przy zamknięciu t. ramiennej zwykle nie dochodzi do zgorzeli. Przy zamknięciu zakrzepem t. bezimiennej i podobojczykowej krążenie się wyrównuje. Könige (M. m. W. 1889. Nr. 29) przedstawił przyp. zamknięcia lewej t. podobojczykowej i jej gałęzi przez zator, gdzie dzięki wytworzonemu krążeniu obocznemu nie doszło do ciężkich zmian, a nastąpił tylko zanik mięśni. Küster, podwiązując dla celów leczniczych tętnicę szyjną wspólną, nie spostrzegał zaburzeń mózgowych. Erb przyjmuje możliwość zaburzeń tylko w przypadkach powikłanych zatorem w obrębie tętnic mózgowych. Gay i Polak podwiązywali nawet obie tętnice szyjne bez złych następstw. Zimmermann i Pilz stwierdzili statystycznie tylko w $^{1}/_{10}\%$ przypadków podwiązania tętnic szyjnych, zaburzenia, ale i te podobnie jak Erb odnoszą do zatorów mózgowych. Werner i Gruber dochodzą do wniosku, że zamknięcie światła wielkich tętnic n. p. szyjnych wywołuje tem częściej i tem prędzej objawy zaburzeń mózgowych, im naglej występuje, w miarę zaś powolnie występującego zamknięcia prawie zawsze wytwarza się krążenie oboczne, wcale sprawnie kryjące ujemne skutki zamknięcia głównego toru krążenia.

W przytoczonych przeze mnie powyżej przypadkach zupełnego zarośnięcia ujść dużych tętnic, odchodzących od łuku aorty, albo nie było wyraźniejszych objawów, gdy zarośnięcie odbywało się powoli, bez udziału zatorów i zakrzepów, jak w przypadku Kussmaula, Riegera, Preisendörfera, albo występowały objawy ostre, gdy w ujściu tkwił zator lub zakrzep (jak w przypadku Fränkla). W przypadkach Riegela, Preisendörfera, Türka, Töppicha i naszym tętno w odpowiednich tętnicach było bardzo słabe, a nawet zupełnie znikało. W przypadku Preisendörfera było tętno w obu tt. promieniowych zaledwie wyczuwalne, w tt. szyjnych bardzo słabe, w tętnicach biodrowych bardzo silne, po prawej silniejsze niż po lewej, przyczem jest rzeczą ciekawą, że obustronnie było tętno równoczasowe.

W przypadku Türka: siła w górnych kończynach zmniejszona, bez porażeń, tętno w prawej t. podobojczykowej słabe i małe. Prawa tętnica szyjna wyczuwalna w postaci twardej, słabo (zaznaczonej) tętniącej rury. W prawej t. ramiennej i promieniowej brak tętna. Lewa t. szyjna wyczuwalna, miększa od prawej, ale bez tętna. TT. skroniowe wyczuwalne jako twarde postronki, także bez tętna. W lewej podobojczykowej, ramiennej i promieniowej ani śladu tętna. Naczynia dolnej połowy ciała tętnią bardzo silnie. Na grzbiecie wyczuwalne i widoczne liczne pętle naczyń silnie tętniących. W tt. nabrzusznych dolnej i górnej i t. sutkowej wewnętrznej silniejsze tętnienie.

Högerstedt i Nemser nie mówią nic o objawach klinicznych. Z innych autorów Schrötter („Erkrankungen der Gefässe" Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie Bd. XV.) mówi ogólnie, że przy zamknięciach wielkich naczyń rozwija się krążenie oboczne, które objawia się wkrótce przez silnie wystające, pokręcone, rozszerzone silnie tętniące naczynia.

Ciekawą stronę w takich przypadkach stanowi sprawa krążenia obocznego, bez którego przecież musiałoby tętno w kończynie zupełnie zniknąć i kończyna ulec zgorzeli. Niestety w żadnym z opisywanych przypadków nie zbadano anatomicznie rozwiniętych gałęzi krążenia obocznego. Nie było to możliwe także i w naszym przypadku. Tylko w przypadku Türka spostrzegano klinicznie wytworzone krążenie oboczne. Teoretycznie biorąc, byłyby możliwe następujące drogi krążenia obocznego: przy nierozległem (1—2 cm długiem) zarośnięciu ujścia wielkiego naczynia, odchodzącego od łuku aorty, może być doprowadzony strumień krwi do naczynia, ponad zarośnięciem niezmienionego. I tak ‚przy zarośnięciu ujścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej, krew może być doprowadzona I. przez tętnicę tarczową górną, gałąź tętnicy szyjnej zewnętrznej, która z tętnicą tarczową górną strony przeciwnej posiada zespolenia. II. przez tętnicę tarczową dolną, gałąź pnia tarczowokarkowego od tętnicy podobojczykowej. Rolę zastępczą za tętnicę szyjną wspólną obejmują tętnice kręgowe. Przy zarośnięciu ujścia tętnicy podobojczykowej, krew może być doprowadzona obocznie przez 1. pień tarczowokarkowy z tętnicy szyjnej wspólnej, 2. z tętnicy biodrowej zewnętrznej, przez tętnicę nabrzuszną dolną, nabrzuszną górną, sutkową wewnętrzną, podobojczykową. Przy zarośnięciu tętnicy szyjnej i podobojczykowej lewej: I. z tętnicy biodrowej zewnętrznej przez nabrzuszną, sutkową podobojczykową, II. z tętnic międzyżebrowych piersiowych przez gałęzie grzbietowe, zespalające się z tętnicą okrążającą łopatkę i tętnicą piersiowobarkową (gałęziami tt. podłopatkowych od tętnic pachowych), III. przez t. poprzeczną łopatki do pnia tarczowokarkowego; tętnica poprzeczna łopatki daje gałęzie barkowe do sieci barkowej; IV. przez tętnicę piersiową długą (art. thoracica longa) i przez tętnicę poprzeczną szyi i jej gałąź, t. grzbietową łopatki, V. przez tętnicę karkową głęboką, gałąź pnia karkowego. Czasem tętnica karkowa głęboka odchodzi od tętnicy kręgowej lub tętnicy poprzecznej szyi. Tętnica międzyżebrowa III odchodząca od tętnicy głównej, ma czasem zespolenie z tętnicą II. międzyżebrzą, odchodzącą od tętnicy podobojczykowej, przez pień żebrowokarkowy.

Przy wytwarzaniu się (rozwijaniu) dróg obocznych działają prawa fizyczne różnicy ciśnień, (Thoma); wtedy krew z obrębu większego ciśnienia płynie ku tętnicom ponad zarośnięciem, przez naczyńka drobne, coraz się rozszerzające i grubiejące. M. Katzenstein podaje, że naczyńka małe, łączące naczynia centralne z obwodowemi, przy wielkiej różnicy ciśnień w tych układach rozszerzają się, a potem grubieje ich błona wewnętrzna w czasie od tygodnia do 3 miesięcy. Ale i w takim razie, gdy krążenie oboczne drogą zespoleń poprzednio istniejących i zwiększających się nie może się rozwinąć, mogą objąć rolę odtworzenia krążenia naczyńka naczyń (vasa vasorum). I tak Parry opisuje w swych doświadczeniach na owcach, że po podwiązaniu tętnicy szyjnej, wielką rolę w odtworzeniu krążenia obocznego objęły naczynia naczyń, które wyraźnie się rozszerzyły. Potwierdził to Recklinghausen(w „Allgemeine Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung". Stuttgart 1883). Alfred Grubauer opisał przypadek, gdzie przy zarośnięciu tętnicy brzusznej, 5 lat trwającem, objęły rolę odtworzenia krążenia obocznego naczynia naczyń. Autor przypisuje, temu większe znaczenie, powołując się nadto na Tiedemanna, Zielonkę, Küttnera, Recklinghausena, Thomę.

Piśmiennictwo:

1) Benda. Verh. d. D. path. Ges. 1903. — 2) Beneke. M. m. W. 1919. 51. — 3) Chiari Verh. d. D. path. Ges. 1903. — 4) Dejerine. Revue de med. 1888. — 5) Doehle. Dissert. Kiel. 1885. — 6) Erb. W. M. m. W. 1904. S. 946. — 7) Fahr. Centralhl. f. Herz. u. Gef. 10. 1908. — 8) Fahr. Virch. Arch. 177. — 9) Fränkel. Virch. Arch. 79. 1880. — 10) Grubauer. Frankf. Zeit. f. Path. 28. 1922. — 11) Gruber u. Werner. D. m. W. 1919. S. 1134. — 12) Högerstedt u. Nemser. Zeit. f. klin. M. 31. 1897. 13) Huchard. Revue de medic. 1883. — 14) Jores. Herz u. Gefässe. Henke-Lubarsch s. 625. — 15) Kaufmann. Lehrbuch d. allg. Pathol. 16) Könige. M. m. W. 1899. — 17) Kussmaul. Deutsch. Klin. 50. u. 51. — 18) Küster. B. klin. W. 1879. — 19) Parry. Experimentaluntersuchungen über die Natur des Pulses. Hannover. 1817. — 20) Pilz. Arch. f. klin. Chir. 9. — 21) Preisendörfer. Virch. Arch. 73. 1878. — 22) Riegel. B. klin. W. 1877. 21. — 23) Recklinghausen. Allg. Path. d. Kreisl. u. d. Ernähr. Stuttgart 1883. — 24) Schrötter. Die Erkrankung. d. Gefässe. 1901. Nothnagels Spez. Path. u. Ther. 15. — 25) Thorel. Ergebn. d. allg. Path. 9. I. Abt. 1903. — 26) Thorel. Ergeb. d. allg. Path. 11. II. Abt. 1907. — 27) Töppich. Frankf. Zeit. f. Path. 25. 1921. — 28) Türk. W. kl. W. 1901. 32.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. K. LIPSKI. Lwów.

Współdziałanie Tymczasowego Wydziału Samorządowego w walce z gruźlicą z szczególnem uwzględnieniem obszaru Województwa lwowskiego.

Referat odczytany na 3. posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą dnia 17. października 1925 r.

Czyta się często w prasie, nawet fachowej, że w dzielnicy małopolskiej nic albo bardzo niewiele działa się na polu zwalczania gruźlicy i że zwłaszcza czynniki do tego powołane, przedewszystkiem samorządowe, niechętnie albo obojętnie odnoszą się do tej tak powszechnie za ważną uznawanej sprawy.

Referat niniejszy ma za zadanie przedstawienie działalności Tymczasowego Wydziału Samorządowego na tem polu, działalności, która rzecz zrozumiała, ograniczyć się musi do zakresu działania i obowiązków ustawą na Tymczasowy Wydział Samorządowy nałożonych.

Szpitalnictwo:

W szpitalach powszechnych i publicznych wszystkich czterech Województw małopolskich leczono:

	chorych z gruź. płuc	chorych na gruźlicę innych narządów	Razem chorych
w r. 1922	3629	3016	6645
„ 1923	3038	3450	6488
„ 1924	3010	3888	6898

Przeciętnie leczono w powyższem trzechleciu rocznie 6677

Dla zorjentowania się w wydatku rocznym, poniesionym przez szpitalnictwo małopolskie na leczenie chorych gruźliczych, przyjmujemy liczby z r. 1924. Ponieważ w roku tym leczono ogółem 6898 chorych na gruźlicę, a średni pobyt chorych w szpitalach małopolskich w tymże roku wynosił 19 dni, przeto było ogółem (6898 X 19) = 131.062 dni leczenia.

Pomnożywszy liczbę tę przez przeciętną taksę leczenia 2 zł 40 gr. otrzymamy (131.062 X 240) = 314.548 zł 80 gr. Liczbę tę można śmiało podwoić, gdyż przeciętny pobyt chorego na gruźlicę w szpitalu wynosi conajmniej około dni 40, więc prawdziwy wydatek na leczenie tej kategorji chorych wynosił w r. 1924 około 600.000 zł czyli 14'5 część całego budżetu szpitalnictwa na r. 1924 t. j. kwoty 8,585.261 zł.

Załączona tabela ruchu chorych, leczonych na gruźlicę w r. 1922, 1923 i 1924 w szpitalach powszechnych Województwa lwowskiego, objaśnia dokładnie liczbę chorych i wykazuje, że szpitale powszechne w temże Województwie leczyły w r. 1924 42.3% wszystkich chorych leczonych na gruźlicę w szpitalach małopolskich, gdyż na 6898—2918 chorych.

Przyczyny tego zjawiska szukać należy nie w zwiększonej procentowo liczbie chorych gruźliczych w szpitalach Województwa lwowskiego, lecz w największej liczbie chorych gruźliczych w szpitalu lwowskim (1258) mimo, że procent chorych leczonych na gruźlicę w tymże szpitalu w stosunku do wszystkich chorych (22.677) jest mniejszy, niż w innych zakładach (5.5%).

Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że szpital lwowski nie posiada odpowiedniego pomieszczenia dla chorych gruźliczych i że do szpitala przyjmowani są tylko ci chorzy, którzy muszą być przyjęci; niewątpliwie więc liczba chorych na gruźlicę znacznieby się zwiększyła, gdyby zakład rozporządzał większą liczbą łóżek szpitalnych, przeznaczonych dla gruźlicy. Rzecz to zrozumiała, gdyż Lwów jest nietylko największem miastem w Małopolsce i posiada największy w kraju szpital, lecz także jako taki ściąga znaczną liczbę chorych zamiejscowych, obecnie również z Województwa Wołyńskiego, które nie posiada dostatecznej liczby dobrze urządzonych i prowadzonych zakładów leczniczych. Już przed wojną b. Wydział krajowy rozumiał dobrze konieczność stworzenia przy szpitalu lwowskim osobnego oddziału dla gruźlicy płuc i uzyskał na ten cel od Magistratu miasta Lwowa odpowiedni teren pod budowę pawilonu dla gruźliczych (obok pawilonów zakaźnych); wybuch wojny jednak i obecne stosunki ekonomiczne nie dopuściły dotychczas do zrealizowania tego zamierzenia.

W innych szpitalach Województwa lwowskiego procent chorych, leczonych na gruźlicę, jest również znaczny, w kolejności więc rozbudowy tych zakładów, względnie powiększenia liczby łóżek dla chorych gruźliczych, należałoby zachować następujący porządek:

1) Drohobycz (12.01%) — 2) Przemyśl (11.32%) — 3) Lubaczów (11.31%) — 4) Tarnobrzeg (11.8%) — 5) Bóbrka (10.9%) — 6) Sokal (10.71%) — 7) Jarosław (9.35%) — 8) Rzeszów (8.83%) — 9) Sanok (8.13%) — 10) Sambor (6.33%) — 11) Żółkiew (6.32%) — 12) Krosno (5.63%). —

Rozumie się samo przez się, że chodzić tu będzie przedewszystkiem o rozbudowę pawilonów zakaźnych dla otwartej gruźlicy płuc, gdyż chorzy z gruźlicą narządów innych muszą być przeważnie umieszczani na odpowiednich oddziałach innych.

Przyznać trzeba, że tak Wydziały powiatowe, jak i Magistraty miast, które po myśli ustawy z 28. VII. 1897 r. obowiązane są do pokrycia połowy kosztów rozbudowy fundowanych przez nie szpitali powszechnych, okazują wielkie zrozumienie dla potrzeb szpitalnictwa oraz, że chętnieby spełniły swój obowiązek, gdyby istniała możność uzyskania długoterminowego kredytu na cele rozbudowy szpitali. (Magistrat m. Drohobycza powziął już odnośną uchwałę, Magistrat m. Przemyśla przystępuje już w r. b. do budowy pawilonu zakaźnego na 30 łóżek. Wydziały powiatowe w Tarnobrzegu, Sokalu i Żółkwi powzięły już również odnośne uchwały).

Szpitale w Jarosławiu i Krośnie zostały rozszerzone każdy o 25 łóżek, w Jarosławiu przez przyłączenie miejskiego pawilonu zakaźnego, zaś w Krośnie przez przyłączenie do szpitala pawilonu zakaźnego wybudowanego przez N. N. K. W Żółkwi wybudował Tymczasowy Wydział Samorządowy w r. b. pawilon zakaźny na 30 łóżek na razie z własnych, budżetem przyznanych kredytów.

O dobrej woli i chęci podniesienia szpitalnictwa małopolskiego ze strony Tymczasowego Wydziału Samorządowego nie można również wątpić; działa on nadal w myśl odziedziczonej po b. Wydziale krajowym tradycji, a dowodem tego choćby powzięta w r. b. uchwała na zaciągnięcie długoterminowej pożyczki w Banku gospodarstwa kraj. w wysokości 7,500.000 zł, na cele inwestycyjne w szpitalnictwie. Niestety początkowe nadzieje zawiodły, gdyż wymieniony Bank odmówił w r. b. udzielenia tej pożyczki. Tymczasowy Wydział Samorządowy ma jednak nadzieję pożyczkę tę uzyskać z chwilą poprawy stosunków finansowych Państwa. Z chwilą zwiększenia się liczby łóżek szpitalnych zwiększą się równomiernie również wydatki na utrzymanie chorych, co niewątpliwie znajdzie wyraz w zwiększonym budżecie Tymczasowego Wydziału Samorządowego na Szpitalnictwo.

Tymczasowy Wydział Samorządowy zdaje sobie również dobrze sprawę z tego, że nietylko wielka liczba dobrze urządzonych łóżek szpitalnych stanowi dostateczne pogotowie w walce z chorobami, nurtującemi w społeczeństwie, lecz, że również baczyć należy na dobór lekarzy i odpowiednie wyekwipowanie zakładów, to też Tymczasowy Wydział Samorządowy dokłada, w miarę możności, wszelkich starań, aby zakładom podległym zapewnić jak najlepsze siły lekarskie, zaopatrzyć je w odpowiednie urządzenia lekarskie, aparaty i przyrządy, słowem udostępnić im wszelkie zdobycze nowoczesnej wiedzy lekarskiej. W szpitalach większych na prowincji utworzone będą prymarjaty chorób wewnętrznych.

W Województwie lwowskiem oddział wewnętrzny w szpitalu powszechnym w Przemyślu prowadzony już jest przez prymarjusza internistę, zaś w Drohobyczu nastąpi to po uskutecznieniu zamierzonej rozbudowy szpitala.

Lekarze gminni i okręgowi.

Ustawa z 2. II. 1891 uregulowała w Małopolsce wykonywanie obowiązków sanitarno-policyjnych nałożonych gminom w §. §. 3 i 4 ustawy z dnia 30. IV. 1870 r., a instrukcja służbowa dla lekarzy gminnych i okręgowych wydana przez b. c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z b. Wydziałem krajowym na zasadzie §. 14 ustawy kraj. z 5. października 1906 normuje dokładnie obowiązki lekarzy gminnych i okręgowych. Instrukcja ta nakłada na lekarzy tych obowiązek współdziałania przy wykonywaniu zarządzeń sanit. policyjnych oraz bezpłatnego leczenia chorych, dotkniętych chorobą zakaźną, a tem samem także gruźlicą. Od organów nadzorczych w tym przypadku lekarzy powiatowych oraz powiatowych kół walki z gruźlicą, zależeć będzie, w jakiej mierze i w jaki sposób lekarze ci wciągnięci zostaną do współpracy przy zwalczaniu gruźlicy.

Tymczasowy Wydział Samorządowy rozporządzeniem, wydanem dnia 19. IX. 1925 do wszystkich Wydziałów powiatowych (LW. 41081/25) polecił wezwać wszystkich lekarzy okręgowych do współdziałania z organizować się mającemi powiatowemi Kołami walki z gruźlicą.

Subwencjonowanie walki z gruźlicą.

Przed wojną wstawiał b. Wydział krajowy do swego budżetu odpowiednie kwoty na subwencje dla zakładów leczniczych i instytucyj, zajmujących się zwalczaniem gruźlicy, Tymczasowy Wydział Samorządowy, uznając nadal tę potrzebę, obecnie jeszcze w większym nawet stopniu wstawił na cel powyższy do swego budżetu zeszłorocznego i tegorocznego odpowiednie kwoty, niestety Ministerstwo Skarbu skreśliło te pozycje zupełnie i nie uwzględnia jej przy asygnowaniu dotacji. Wobec tego Tymczasowy Wydział Samorządowy nie ma na razie możności udzielania powyższym zakładom i instytucjom jakiejkolwiek pomocy materjalnej.

Zgodnie jednak z życzeniem Województwa, wyrażonem w piśmie z 28. VII. 1925 L. Z. P. 5005/25, wystosował Tymczasowy Wydział Samorządowy okólnik do wszystkich Wydziałów powiatowych, polecając im zapewnić w budżetach na rok 1926 kwoty na subwencje dla instytucyj, prowadzących walkę z gruźlicą. Czy apel ten odniesie należyty skutek, Wydziałowi Samorządowemu nie wiadomo, gdyż nadzór nad budżetami ciał samorządowych został Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu odjęty i powierzony poszczególnym Wojewodom na podstawie §. 2 Rozp. Minist. Spr. Wewn. oraz Ministerstwu Skarbu z 22. I. 1925. Dz. ust. Nr. 15. poz. 99.

Współdziałanie szpitali powszechnych z Powiatowemi Kołami walki z gruźlicą.

Szpitale powszechne mają zadanie ściśle ustawą z 28. lipca 1897 nakreślone. Ustawa nie przewiduje w szpitalach leczenia ambulatoryjnego. W uznaniu jednak ważności postulatu natychmiasto-

wego podjęcia walki z gruźlicą, oraz licząc się z trudnościami uzyskania odpowiednich lokali, Tymczasowy Wydział Samorządowy byłby skłonny w poszczególnych przypadkach, uwzględniając przedewszystkiem lokalne warunki odnośnych szpitali, udzielać niektórym Pow. Kołom walki z gruźlicą pozwoleń na prowadzenie przychodni w ubikacjach szpitala, jednakowoż pod następującemi warunkami:

1) Kierownikiem Przychodni musi być lekarz szpitalny,

2) personal Przychodni musi się poddać bezwarunkowo regulaminowi, ustanowionemu przez Tymczasowy Wydział Samorządowy w porozumieniu z Dyrekcją szpitala,

3) dla Przychodni będą wyznaczone godziny przyjęć, nie kolidujące z czynnościami lekarzy w szpitalu, ruchem chorych szpitalnych oraz tokiem życia zakładowego.

Oceny i sprawozdania.

Katalog biologicznych czasopism zagranicznych, znajdujących się w księgozbiorach instytucyj naukowych w Polsce. Wydawnictwo Instytutu im. Nenckiego. Warszawa 1925.

Pojawienie się powyższego katalogu jest urzeczywistnieniem potrzeby dawno odczuwanej, zebrania wiadomości o piśmiennictwie zagranicznem, znajdującem się w Polsce. W dobie obecnej, gdy z powodów finansowych księgozbiory publiczne, a tem więcej prywatne, nie mogą sobie pozwolić na trzymanie pism perjodycznych w tej liczbie, jak dawniej, informacje, gdzie i jakie pisma się znajdują, jest istotnie rzeczą bardzo cenną. Katalog, wydany przez Instytut im. Nenckiego, czyni zadość tej potrzebie. Nie jest on, co prawda, jeszcze zupełnym, obejmując jednak księgozbiory 95 instytucyj i zakładów naukowych i około tysiąc tytułów, jest cennym nabytkiem szczególnie dla pracowników naukowych.

Katalog obejmuje księgozbiory instytucyj i zakładów naukowych Krakowa (18), Lwowa (17), Poznania (13), Puław (5), Warszawy (32) i Wilna (10), a ułożony jest alfabetycznie według tytułów pism z podaniem przy każdem piśmie instytucji, względnie zakładu w którym się pismo znajduje, numer tomu, zeszytu i t. p. Byłoby bardzo pożądane, by to pożyteczne wydawnictwo było uzupełniane z biegiem czasu w miarę przyrostu nowych pism perjodycznych w instytucjach i zakładach naukowych.

W. Nowicki (Lwów).

M. Erlichówna. **Zarys hematologji dziecięcej.** Warszawa, 1924. Str. 191. Spółka Wydawnicza »Ars Medica«.

Doskonała książka, w której znajdziemy całokształt zagadnień, dotyczących hematologji dziecięcej. Łączy ona w sobie wszelkie zalety pracy napisanej przez autorkę, która obok dużego wykształcenia teoretycznego posiada głęboką kulturę kliniczną. Jej książka odda nieocenione usługi przedewszystkiem nam, pedjatrom-praktykom. Obok wskazówek czysto tecznicznych znajdziemy w niej dane fizjologiczne dla każdego wieku dziecka, wiadomości wyczerpujące z zakresu patologji krwi, jako takiej, i wreszcie zmiany, którym krew podlega w przebiegu innych schorzeń.

Można się spierać z autorką o drobne usterki językowe (n. p. chloromat, limfosarkomat), które usunąć się dadzą z łatwością w następnem wydaniu, ale przyznać trzeba, że rzecz jest napisana językiem dobrym, czyta się z łatwością i zainteresowaniem, podkreślić winniśmy, że jest to praca nawskróś oryginalna, poparta ogromną liczbą własnych spostrzeżeń i badań klinicznych. Jedynym jej błędem jest skromna szata wydawnicza — brak klisz i rysunków. Nie można się też zgodzić z autorką, gdy mówi, że złym objawem prognostycznym w gruźlicy jest zwiększenie się R (str. 152). Już Cieszyński dowiódł, że podnoszenie się wskaźnika refraktometrycznego w przebiegu gruźlicy pozwala na dobre, obniżanie się — na złe rokowanie. (Metody laboratoryjne, ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci — Pedjatrja Polska, tom I. 1921. Str. 231).

T. Kopeć (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Presse Médicale.

Nr. 76.

O arterjotomji przy embolji. Opis przypadku embolji tętnicy ramieniowej u chorej z niedomogą mięśnia sercowego w następstwie długotrwałej hipertonji. Po usunięciu zakrzepu drogą operacyjną w znieczuleniu miejscowem całkowite odzyskanie sprawności chorej kończyny.

Przypadki zawału (w tętnicach łatwo dostępnych) nadają się do leczenia operacyjnego, w przeciwieństwie do przypadków zakrzepu, gdzie sama ściana naczynia uległa schorzeniu. Jedynie przy ciężkim stanie ogólnym możnaby próbować uzyskanie drożności tętnicy przez stosowanie mięsienia, co polecają niektórzy autorowie, jakkolwiek metoda ta przedstawia pewne niebezpieczeństwa, prowadząc łatwo do uszkodzenia śródbłonka naczyniowego.

O ile przy stosowaniu metody operacyjnej, założenie szwów na tętnicy napotyka na trudności, można w pewnych przypadkach ograniczyć się, po usunięciu zakrzepu do podwiązania tętnicy. Postępowanie to usuwa niebezpieczeństwo powiększania się zakrzepu, po wytworzeniu się zaś krążenia obocznego chora kończyna może uzyskać pewien stopień sprawności czynnościowej.

Bayle. **O stosowaniu wyciągów ze śledziony przy leczeniu gruźlicy.** Na podstawie doświadczeń własnych i innych autorów Bayle zaleca stosowanie wyciągów ze śledziony w przypadkach gruźlicy płuc i innych narządów podając w swej statystyce 75% przypadków wyleczonych. Według autora, preparaty te stosowano doustnie lub w formie wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych wpływają korzystnie na stan ogólny chorego, wywołując przybytek wagi, powiększenie ilości czerw. ciałek krwi i hemoglobiny, wzrost leukocytozy z powiększeniem się ilości limfocytów i c. kwasochłonnych, zmniejszenie się ilości plwociny, zniknięcie prątków. W zakresie płuc o ile zmiany są wczesne, przychodzi najczęściej do zmniejszenia objawów chorobowych, o ile zaś zmiany są dalej posunięte, podawanie wyciągów śledzionowych sprzyja procesowi zbliznowacenia. Podobnie zachowują się przypadki gruźlicy chirurgicznej.

Preparaty śledzionowe podawał autor doustnie w formie syropu po 4 łyżki dz. lub podskórnie po 5 cm^3 wyciągów naraz, w serjach po 12 wstrzyknięć w przeciągu 22 dni, poczem następował tydzień przerwy. Leczenie trwało przez kilka miesięcy. Autor nie spostrzegał nigdy niepożądanych objawów ubocznych.

Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition.

Nr. 1.

A. Hurst. **O zwieraczach przewodu pokarmowego i ich znaczeniu klinicznem.** Rozpatrując szczegółowo budowę anatomiczną i prawidłową czynność zwieraczy przewodu pokarmowego, autor podkreśla ich znaczenie dla prawidłowego przebiegu procesu trawienia. Zwraca uwagę na niedocenianą przez autorów rolę zwieracza wpustu żołądka jakoteż zwieraczy znajdujących się na przejściu jelita czczego w kątnicy i okrężnicy w jelito proste. Prawidłowa czynność zwieraczy, może ulegać zmianom nietylko na tle organicznem ale i czysto funkcjonalnem. W warunkach prawidłowych fala perystaltyczna idąca wzdłuż przewodu pokarmowego, napotykając w swej drodze na zwieracz powoduje rozluźnienie się tegoż i przesunięcie treści pokarmowej. Stan, w którym nie przychodzi do rozluźnienia zwieracza, nazwany przez autora achalazją wraz z wywołanemi przez te zaburzenia wtórnemi zmianami w zakresie przewodu pokarmowego jest przyczyną powstania szeregu obrazów klinicznych jak t. zw. *cardio-* czy *pylorospasmus* czy wreszcie choroba Hirschsprunga.

H. Mogena. **O wydzielaniu barwików z żółcią i znaczeniu tego zjawiska dla badania czynnościowego wątroby.** Na podstawie własnych spostrzeżeń i badań innych autorów, autor omawia wartość kliniczną chromocholoskopji. Najczulszą ze wszystkich prób barwikowych okazała się podana przez Rowntree'go próba z tetrachlor-fenolftaleiną. Badając 24 chorych z cierpieniami wątroby przy istniejącej żółtaczce lub bez niej autor stwierdził u wszystkich po podaniu dożylnem 150 mgr

barwika opóźnienie wydzielania i zmniejszenie ilości wydzielonego barwika w porównaniu do osobników zdrowych. Zastosowane równocześnie inne metody badania czynnościowego wątroby (badanie na obecność urobiliny, hemoklazja trawienia Widal'a, i t. d.) dały wynik dodatni tylko w pewnym odsetku wypadków.

M. Delort et G. Luquet. **Przypadek krwawienia z przewodu pokarmowego.** Opis przypadku z napadowemi obfitemi krwawieniami z przewodu pokarmowego, wyrażającemi się czarnemi stolcami i niekiedy krwawemi wymiotami przy ujemnym wyniku badania radjologicznego. Zabieg operacyjny wykazuje lekkie zgrubienie części odźwiernikowej którą usunięto. Makroskopowo błona śluzowa w tej okolicy wykazuje jedynie drobne wybroczyny, drobnowidowe badanie każe podejrzewać rozpoczynające się bujanie nowotworowe.

Nr. 2.

G. Lion i Le Blaye. **O zwyrodnieniu tłuszczowem błony śluzowej żołądka.** U 80% przypadków badanych na obecność tłuszczu w komórkach błony śluzowej żołądka, wykryto go w większej lub mniejszej ilości.

Obecność kulek tłuszczu w komórkach śluzówki nie jest więc zjawiskiem stałem, ilość ich jest zmienną, a rozmieszczenie nieregularne, obejmujące najrozmaitsze grupy komórek, najczęściej komórki głębokie, zwłaszcza w odźwiernikowej części żołądka. Materjał sekcyjny obejmował zmarłych na najrozmaitsze cierpienia przyczem zależności ilości i rozmieszczenia tłuszczu od rodzaju choroby nie można było zauważyć. Uderza jedynie częstość obecności tłuszczu przy gruźlicy. Ponadto jest ona częstem zjawiskiem przy różnych postaciach *gastritis*.

Przytoczone spostrzeżenia każą obecność tłuszczu w komórkach błony śluzowej żołądka, uważać za zjawisko patologiczne. Mamy tu do czynienia z procesem zwyrodnienia, nie zaś z nacieczeniem, gdyż zmiany te otrzymać się dają na drodze doświadczalnej, przez głodzenie zwierząt.

Nr. 3.

M. R. Castex, N. Romano i I. Beretervide. **O bąblowcu wątroby pod postacią kamicy żółciowej.** Opis przypadku, gdzie u 38-letniej kobiety od szeregu lat pojawiały się napady typowe dla kamicy żółciowej. Pogorszenie się stanu ogólnego wraz z wystąpieniem żółtaczki skłoniły chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej. Badanie stwierdziło obecność kamicy żółciowej co zostało potwierdzone badaniem roentgenologicznem. Zabieg operacyjny wykazał stan normalny woreczka żółciowego; z tyłu po za nim znaleziono zwapniałą torbiel bąblowca wielkości pięści, która dając cień w obrazie roentgenowskim stała się przyczyną mylnego rozpoznania.

Występowanie napadów kolki przy obecności bąblowca wątroby, może być wywołane

1) przez istniejącą równocześnie kamicę,

2) przez otwarcie się torbieli do dróg żółciowych.

3) Przez torbiele zamknięte, które uciskają wprost na drogi żółciowe, lub też wywołują skurcz tychże odruchowy.

Oudard i G. Jean. **»Ulcus simplex« jelita cienkiego.** Autorowie określają tą nazwą owrzodzenia nie powstające na tle swoistem ani nowotworowem. Przypadków tych w literaturze znajdujemy niewiele, gdyż zaledwie 56. Owrzodzenia te, umiejscowione zazwyczaj w dolnym odcinku *ileum*, przedstawiają pod względem obrazu anatomicznego 3 typy:

1) Owrzodzenia świeże o przebiegu ostrym, o brzegach cienkich, z brakiem odczynu zapalnego na dnie wrzodu, które mają wyraźną tendencję do przedziurawień.

2) Owrzodzenia o przebiegu przewlekłym, o brzegach zgrubiałych i wyraźnym odczynie zapalnym w otoczeniu, prowadzącym do zrostów.

3) Owrzodzenia zbliznowaciałe.

Objawy towarzyszące obecności wrzodu nie przedstawiają nic charakterystycznego i najczęściej chorzy nie zwracają na nie uwagi.

Dopiero nagle występujące przedziurawienia z następowem ostrem zapaleniem otrzewnej kierują chorych do lekarza.

Co do patogenezy tych owrzodzeń, to przypisywano ich powstanie najrozmaitszym czynnikom, jak urazy, zastoina żylna lub kałowa, zmieniony skład krwi, procesy intoksykacyjne lub metaplazja błony śluzowej jelita. Według autorów przytoczone powyżej czynniki mogą stanowić jedynie moment usposabiający dla zakażenia ściany jelita drobnoustrojami, bądź krążącemi we krwi, bądź znajdującemi się w świetle jelita.

Czeżowska (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. XI. Zeszyt 2. 1925.

E. Stolz. **O ostrych zakaźnych zapaleniach nerek za pośrednictwem krwi (haematogen). Próba ich podziału.** Autor w pracy tej, która pochodzi z kliniki Ortnera we Wiedniu, zajmuje się wyłącznie ostremi schorzeniami nerek, pochodzącemi z zakażenia drogą krwi. Podział ich etjologiczny jest dlatego trudny, ponieważ jeden i ten sam drobnoustrój może wywołać najrozmaitsze postacie zapalenia nerek. Dlatego dotychczas schorzenia nerek klasyfikowano przeważnie ze stanowiska czysto morfologicznego a S. podejmuje próbę klasyfikacji, opartej na jednolitej patogenetycznej podstawie. Droga działania bakteryj jest niejednolita. Mogą one wywołać piemję lub bakterjemję, albo mogą z jakiegoś ogniska ropnego w ustroju wysyłać jady drogą krążenia do nerek. Jaka postać schorzenia nerek powstanie, zależy:

1. Od ilości i jadowitości bakteryj.

2. Od punktu zaczepienia drobnoustrojów.

3. Od możności rozmnażania się drobnoustrojów w nerkach.

4. Od tego, czy krążą we krwi pojedynczo, czy też dostają się do nerek zlepiane przez skrzepy i jako takie naniesione prądem krwi.

Podział autora jest następujący:

I. Grupa: Zapalenia piemiczne, gdy bakterje w dużej ilości zostają naraz drogą krwi wpędzone do kłębków i tworzą zatory. Powstają 3 poddziały; a) Albo drobnoustroje tworzą w bezpośredniem swem otoczeniu zamartwicę a w nieco dalszych miejscach wywołują napływ leukocytów i przekrwienie, względnie obraz ropnia. Jest to grupa przerzutowych piemicznych ropni nerkowych. b) Jeżeli bakterje, jak n. p. przy *endocarditis ulcerosa*, przez masy zakrzepowe zostają zbite a przeto zatykają większe naczynia nerkowe, wówczas powstają przerzutowe piemiczne zatory nerek. c) Jeżeli drobnoustroje, krążąc we krwi w drobnych emulsjach, przechodzą przez kłębki i tworzą zatory dopiero w naczyniach włosowatych cewek lub przebijają do kanalików moczowych, wówczas powstaje ropne wydzielnicze zapalenie nerek.

II. Grupa: Bakterjemiczne zapalenia nerek, usadowione najczęściej w kłębkach. Grupę tę zależnie od jadowitości drobnoustrojów dzieli Stolz na 2 poddziały, a mianowicie: A) Niejadowite lub mało jadowite zakażenia, które mają najczęściej swój punkt wyjścia w migdałkach. W migdałkach bakterje pozostają przez długi czas w zetnięciu z tkankami i wskutek tego straciły na jadowitości. Te zapalenia dzieli on na: a) Ostre zapalenia krwawe, powstające przeważnie przez jednorazowe przedostanie się mikrobów do krwiobiegu, i b) zapalenia cewkowe. B) Zakażenia jadowite. Co do tych to odpowiednio do stopnia skupienia oraz sposobu i miejsca działania bakteryj wyróżnia autor: a) Ogniskowe zapalenia kłębkowe, które powstają w ten sposób, że jadowite drobnoustroje przedostają się z krążeniem, bez zbijania się w kupki, wprost do kłębków, wywołują miejscową nekrozę i uszkodzenie naczyń z krwawieniami. Te schorzenia nerek zwykły powstawać równocześnie z wywołującą je chorobą zakaźną, w przeciwieństwie do rozlanego zapalenia kłębkowego, które n. p. w płonicy i zapaleniach gardła zwykło powstawać dopiero po ustaniu ostrych objawów, w czasie, kiedy już się toczą sprawy immunizacyjne. b) Nieropne zapalenie wydzielnicze, powstaje podobnie jak ogniskowo kłębkowe, ale wówczas, gdy przybłonek cewkowy ulegnie uszkodzeniu a nekroza i sprawa zapalna toczy się w cewkach. c) *Nephritis interstitialis*. d) Ogniskowe zapalenia zatorowo-zakrzepowe.

III Większa grupa to zapalenia toksyczne, które przeważnie sadowią się w cewkach nerkowych. Tu wyróżnia autor: a) Zwyrodnienia miąższowe, b) zwyrodnienia tłuszczowe. *Blassberg* (Kraków).

W. Kl. Woch.
Nr. 42.

E i s l e r i N y i r i. **Roentgenologiczne badania woreczka żółciowego wypełnionego masą kontrastową.** Kontrolne badania metody injekcyjnej Grahama i Colego oraz doustnej Whitakera i Millikena wykazały, że wyniki zdjęć roentgenologicznych poczynionych na woreczkach żółciowych wypełnionych bądź to metodą dożylną bądź doustną solami sodowemi tetrabrom fenolftaleiny nie można uważać jako decydujące w różniczkowem rozpoznaniu cierpień tegoż narządu. Autorowie uważają metodę tę za jeszcze zbyt świeżą i niepewną by móc na jej wynikach polegać.

S o t t e s m a n n. **Odczyn adrenalinowy w krążeniu wielkiem.** By ustalić czy hipertonja spowodowana jest zmianami w naczyniach nerkowych czy też tylko w obwodowych wstrzykiwano dożylnie i podskórnie adrenalinę w ilości 0.001 i obserwowano zachowanie się ciśnienia.

Otóż nie udało się autorom sposobem tym wyodrębnić ściśle pochodzenie hipertonji i ustalić udział w schorzeniu tem naczyń nerkowych.

D e u t s c h. **Wpływ nastrojów psychicznych na energetykę ustroju.** W hipnozie narzucano chorym rozliczne nastroje: przerażenie, wesołość, rozpacz i t. d., i oznaczano ilość zużywanego tlenu, produkowanej energji w kalorjach oraz przyśpieszenia tętna.

Badania wykazały niewątpliwy wpływ funkcyj psychicznych na metabolizm energji; jest on jednak za mało jaskrawy by u jednostek zdrowych w życiu codziennem stać się wybitnem zjawiskiem. Gwałtowne wstrząsy psychiczne działają obniżająco na poziom metabolizmu.

Del B a e r e. **Wydzielanie Neosalwarsanu przez układ śródbłonkowo-siateczkowy oraz jegoż działanie blokujące.** Wstrzykiwania Neosalwarsanu opóźniały wydzielanie czerwieni kongo o 25%. Z tego wnioskować można że neosalwarsan wydziela się także częściowo chociażby układem śródbłonkowo siateczkowym i działa nań hamująco w stosunku do wydzielania drogą tą czerw. kongo.

W e i d i n g e r. **Tabletki Primulinowe.** Autor zaleca miast drogiej *Radix Senegae* stosować *Radix Primulae.* Skutek ma być ten sam a cena leku tego znacznie jest niższa. Firma wiedeńska Phiag sprzedaje takie tabletki zawierające prócz 10% suchej radix Primulae nieco Anyżku i Natr. benz.

Smoliński (Lwów).

Zeitschrift f. Hals- Nasen- und Ohrenh.
T. IX.

S y b r e c h t. **Tutokaina jako środek znieczulający.** Zamiast 20% kokainy używa z dobrym skutkiem na błony śluzowe górnych dróg oddechowych 5% tutokainę. Do zastrzykiwań podśluzowych używa zamiast nowokainy 0,5% tutokainę z dodaniem kilku kropel adrenaliny.

M a r x. **Doświadczalne guzy mózgu a narząd słuchowy.** M. przeszczepił na szczurach mięsaka sztucznie wywołanego z jednego zwierzęcia do mózgu drugiego przez otwór trepanacyjny w czaszce. W jednym przypadku rozwinął się mięsak mózgu a w czterech mięsak móżdżku. Pomimo znacznych rozmiarów guzów i niewątpliwie wzmożonego ucisku śródczaszkowego w uchu wewnętrznem nie stwierdził żadnych zmian.

Archiv f. Ohren- Nasen- und Kehlkopfheilkunde.
T. 112.

B r ü b. **Trypaflawina w leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowych.** W czterech przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych po operacji ropienia w jamie czołowej stosował dożylnie trypaflawiną 2%—3% w ilości 20 cm³. Autor radzi zastrzyknięcia powtarzać 3—4 razy co 3 4 dni przytem stosował w każdym przypadku też nakłucie lędźwiowe wypuszczając 20—25 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeden przypadek skończył się śmiercią, trzy wyzdrowiały.

Annales des maladies de l'oreille etc.
T. 44. Z. 7.

L a n n o i s et J a c o d. **Roentgenoterapja i chirurgja w leczeniu raków górnych dróg oddechowych.** Autorzy radzą stosować naprzód naświetlanie a później operację. Szczególnie dobre wyniki mieli w przypadkach, w których gruczoły chłonne nie były wyczuwalne.

M o u l o n g u e t: **Bóle oczne jak wskazanie do operacji doszczętnej w przypadkach ostrego ropienia ucha środkowego.** M. wskazuje na doniosłość objawu, na który zwrócił uwagę pierwszy Ostmann. Bole uporczywe głębokie oka po stronie zajętej wskazują na poważne powikłania, które mogą wymagać natychmiastowej rozległej operacji.

Zalewski.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 24 kwietnia 1925 r.
Przewodniczący kol. Z g ó r s k i.
Obecnych 96 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia, że na II. Kongresie lekarskim Francusko-Polskim reprezentuje Lwowskie Towarzystwo Lekarskie kol. Węgłowski i że do prezydjum Kongresu Towarzystwo wysłało następującą depeszę: »La société médicale de Lwów (Leopol) présente au II. Congrès Médical Franko-Polonais ses voeux les meilleurs pour le travail en commun des médecins francais et polonais. Dr. Zgórski, president de la Société médicale de Lwów, Dr. Tyszka, secrétaire annuel«.

2. Kol. R. L e s z c z y ń s k i wygłasza wykład: »Nasze postępowanie i wyniki przy róży«. 1) Mówca podnosi, że niejednokrotnie jako róża bywają rozpoznawane sprawy podobne, jak np. zapalenia naczyń chłonnych, co wpływa na ocenę wyników. 2) O istocie i przyczynie róży nie jesteśmy dotychczas dostatecznie poinformowani. Wiadomo, że wywołuje ją paciorkowiec, jednak inne zapalenia paciorkowcowe skóry różnią się wyraźnie od róży a nadto szczepionki paciorkowcowe nie działają swoiście przy róży. 3) Nie mamy dotąd środka chemicznego, działającego swoiście przeciw róży.

4) Leczenie mogłoby się przyczynić do zwycięstwa ustroju w dwojaki sposób: albo przez uszkadzenie czynnika chorobotwórczego, albo przez wspomaganie napadniętego ustroju. Przekonaliśmy się, że, jak dotąd, pierwsza droga jest beznadziejna, pozostaje więc tylko druga, t. j. wzmaganie sił obronnych ustroju. W tym kierunku szły też usiłowania ostatnich lat. Proteino- i wakcynoterapja nie daje przy róży stałych dodatnich wyników. Szczepionki i autohaemoterapja mogą jednak być niekiedy z pożytkiem stosowane.

5) Co do leczenia miejscowego ogranicza się L. do konsekwentnej antiflogozy (zimne, często zmieniane okłady). Ważniejsze jest leczenie ogólne. Zadaniem jest utrzymanie prawidłowych funkcyj (serca, płuc, nerek, jelit) a nadto wydobycie pewnego nadmiaru energji w ilości równej sile ataku. Do tego celu zmierzała właśnie proteinoterapja. L. stosuje przezornie środki nasercowe, podaje każdemu choremu chininę z kamforą jako analepticum, w końcu z upodobaniem posługuje się większemi dawkami alkoholu z myślą o aktywacji (mobilizacji) sił obronnych ustroju.

6) W ciągu czterech lat przyjęto na oddział skórny kobiecy Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie około 300 przypadków róży. Po odtrąceniu przypadków kończącej się róży, oraz niebędących w rzeczywistości różą zostało 178 przypadków pewnej róży. Z tego 130 na twarzy, 31 na kończynach, 7 na tułowiu, 1 na sromie. Śmierci wogóle było 7, ściśle z powodu róży 1 (róża gardła). Średni czas pobytu 8,8 dni. Dni z gorączką średnio 5,77. Śmiertelność nasza jest 3,9, licząc wszelkie powikłania 0,59 w odniesieniu ściśle do róży. Dla porównania statystyka Kaposiego (214 przypadków w dwu latach) 32 śmierci, t. j. 13,3%). Niewielka ilość powikłań, niski % śmiertelności przemawiają na korzyść przyjętego przez nas postępowania przy róży.

7) Zadaniem najbliższej przyszłości powinno być nowe badanie nad zarazkiem róży, celem sprecyzowania jego indywidualności oraz dążenie do wytworzenia szczepionki rzeczywiście swoistej i swoiście działającej.

W dyskusji kol. S t a u b e r podnosi, że w czasie wojny pracował na oddziale zakaźnym w klinice prof. Wenckebacha we Wiedniu. Przy róży stosowano tam początkowo ichtyol, analeptica, wyniki otrzymywano podobne, jak wskazał prelegent. W czasie wojny zabrakło ichtyolu, zaczęto stosować pędzlowanie lapisem od 2%, 3% — aż do 16%. Mówca stosował pędzlowanie lapisem 8% i 16% u 150 chorych, z rezultatów był bardzo zadowolony. W 60% przypadkach chorzy przestawali gorączkować w przeciągu pierwszych 4—5 dni pędzlowania lapisem, reszta chorych dopiero po 5-9 dniach po licznych pędzlowaniach lapisem. U n n a łączył pędzlowanie lapisem z następowem naświetlaniem słońca. Na zasadzie badań U n n y można orzec, że pędzlowanie lapisem jest naukowo uzasadnione (chemotaxis). Kończąc, mówca wskazuje, że czas trwania choroby jest wybitnie skrócony przy stosowaniu powyższej metody, jak również brak jest szkodliwych działań pobocznych. Kol. F e l s podnosi, że co do rokowania, róża przebiega podobnie jak zapalenie płuc.

W średnim wieku prognoza prawie zawsze dobra bez względu na to, co stosujemy: ichtyol, lapis, czy co innego. U osób starszych — rokowanie jest złe. Również rokowanie złe jest u oseskó w, u których 80% przeważnie kończy się śmiercią. Z komplikacyj najgorsze są na głowie: *phlebitis, gingivitis* — i tutaj nic nie pomaga. Co do leczenia, to 16% lapis stosowano już dawno przed wojną. Przyznaje, że w kilku przypadkach widział po pędzlowaniu lapisem 16%-owym krótszy przebieg schorzenia. Lapis jest lepszy, niż ichtyol. Podnosi, że, gdy róża przechodzi na skórę owłosioną — to przechodzi przez całą głowę. Kol. Grek w czasie wojny spostrzegał dużo przypadków róży; w szpitalu epidemicznym we Lwowie miał stale kilka sal, przepełnionych tymi chorymi. Stosowano u niego w szeregu przypadków wstrzykiwania mleka, chorzy zabieg ten dobrze znosili, jednak bez wpływu na przebieg choroby. Przy stosowaniu lapisu 16%-go w pewnej ilości przypadków nie zauważył wpływu na przebieg i długość trwania choroby. Wyniki, jakie osiągnął przy leczeniu, pokrywają się w zupełności z zapatrywaniami prelegenta. Dobre rezultaty widział jedynie przy stosowaniu często zmienianych zimnych okładów z płynu Burowa, równocześnie podając preparaty salicylowe z małemi dawkami chininy. Wobec bardzo różnego przebiegu róży, jej długości trwania i nasilenia, na specyficzne działania jakichś środków należy zapatrywać się krytycznie. Kol. Pisek: historja leczenia róży jest świetną ilustracją zmieniających się poglądów lekarskich w różnych okresach rozwoju nauki. Nie przesadzimy, gdy powiemy, że $^3/_4$ naszego leczniczego skarbca znalazło w leczeniu róży kolejno czas jakiś zastosowanie z wynikiem bardzo skromnym. Wszak dzisiaj przy stosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, czy też aolanu, czy wogóle proteinoterapji, czy naświetlaniem lampą kwarcową, okładami Burowa, wcieraniem alkoholu, pędzlowaniem silnych roczczynów azotanu srebra, nalewką jodową, stosowaniem wśródżylnie argochromu, trypaflaviny i t. d. i t. d. nie many lepszych wyników od tych, jakie osiągano dawniej, pędzlując roztworem półtorachlorku żelazawego lub ichtyolem. Zasługą prelegenta jest przyznanie się otwarcie, że nie mamy właściwie terapji róży i najważniejszem zadaniem lekarza jest podtrzymać odporność chorego, skrzepienie serca już w początkach choroby. W przypadku silnych majaczeń stosował P. (u chorego kolegi) zlewania głowy zimną wodą ze skutkiem doskonałym. Groźne powikłania z objawami mózgowemi nie zawsze każą źle rokować wbrew ogólnemu mniemaniu. U chorych dotkniętych otyłością, rokowanie złe. Przy cukrzycy również — zna jeden przypadek, który — pomimo stosowania insuliny — skończył się źle.

W dyskusji przemawiał jeszcze kol. Zabłocki i kol. Leszczyński.

3. Kol. Rencki przedstawia sprawę budowy domu. Obecna realność, będąca własnością Towarzystwa, przy ul. Zyblikiewicza 6, jest wolna od wszystkich długów i przedstawia z powodu bardzo lichego stanu domu jedynie bardzo korzystnie położony plac pod budowę. Według przedstawionych planów i kosztorysu budowa nowego czteropiątrowego gmachu wraz z salą wykładową kosztować będzie około 260.000 złotych. Znaczną pożyczkę można zaciągnąć w Banku Gospodarstwa Krajowego, a na rozpoczęcie budowy należałoby przystąpić bezzwłocznie do zebrania odpowiednich funduszów. Obok dobrowolnych składek, przyobiecanych subwencyj z funduszów państwowych proponuje R. wypuszczenie pewnej ilości 100 do 200-złotowych akcyj zwrotnych, których coroczne losowanie rozpoczęłoby się dopiero w 5 lat po wykończeniu domu. Dochody z czynszów mieszkalnych, z podnajmywania sali wykładowej, z podniesionych nieco wkładek, wystarczyłyby na amortyzację zobowiązań. Przeszkodą w rozpoczęciu już w bieżącym roku budowy będzie tylko trudność usunięcia mieszkańców obecnej realności i w tym kierunku zarząd winien poczynić odpowiednie starania.

Po dłuższej dyskusji, w której zabierali głos koledzy Zgórski, Sołowij, Fels, Domaszewicz, Zieliński, Andruszewski, Grek, Czernecki i inni, uchwalono zasadniczo przystąpić jaknajrychlej do budowy domu i wnieść podanie o pożyczkę budowlaną.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji. Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 31 października 1925. Obecnych 15 członków.

Przedstawiono ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych i ginekologicznych, równocześnie pokazując uzyskane przy operacjach okazy anatomo-patologiczne.

1) Cztery przypadki **zapalenia wyrostka robaczkowego** w okresie przewlekłego zapalenia; w piątym przypadku uzyskany preparat wyrostka okazuje zrosty z siecią i z torbielą jajnikową po stronie prawej, wielkości sporej pięści. Treść torbieli jest zropiała, a zgięty pod kątem 90° wyrostek, okazywał również ropień otrzewnowy, wielkości orzecha włoskiego, leżący pomiędzy ścianą jelita ślepego a wyrostkiem samym. U tych wszystkich chorych wykonano dokładne wydrenowanie jamy brzusznej w okolicy zabiegu, a to drenem gumowym grubości kciuka, wprowadzonym w głąb aż do miednicy małej i sączkiem gazowym, ułożonym obok drenu. Mowca nie żałuje tego postępowania, ale przeciwnie widział w ostatnich czasach przypadek zejścia śmiertelnego na ropne zapalenie otrzewnej i powłok brzusznych u chorej, u której po wykonaniu zabiegu »na zimno« zaszył szczelnie jamę brzuszną;

2) chorą lat 30 po ponownej laparotomji z powodu **nawrotów mięsaka jajnika**, wychodzących z miednicy małej. Pierwszy zabieg wykonano przed 7 latami na klinice ginekologicznej w Krakowie. Rozpoznanie kliniczne którego nam udzielono brzmiało »mięsak jajnika prawego«.

Obecnie cała miednica mała i pół jamy brzusznej wypełnione było guzami nowotworowemi. Liczne zrosty z otrzewną z jelitami i z siecią dały się z łatwością rozdzielić i nowotwór dokładnie odosobnić, przyczem usunięto zupełnie przydatki prawostronne, które były ponownie miejscem wyjścia schorzenia. Czas 7 lat po pierwszym zabiegu świadczy o korzystnym przebiegu cierpienia i usprawiedliwia ponowną operację rozległą;

3) chora lat 40 po usunięciu wielkich **guzów rakowych** (carcin. ovarii) **obu jajników**, tworzących przerzuty w otrzewnej i w tkance pozaotrzewnowej, oraz liczne zrosty z jelitami. W toku zabiegu usunięto wrośnięty w guz wyrostek robaczkowy i odsłonięto nasadę krezki jelita ślepego i wstępującego aż do prawej nerki. Wszystkie zmiany nowotworowe dały się dokładnie usunąć, tylko gruczoły chłonne w krezce jelita ślepego były powiększone i naciekłe, wielkości grochu i małej fasoli, zaciemniały widoki trwałego wyleczenia;

4) chorą lat 25 po operacji **przepukliny udowej**; — w dziesięć godzin po uwięźgnięciu, jelito biodrowe uległo zupełnej martwicy. Jelito wycięto na przestrzeni 30 cm;

5) chorą lat 30 po **przebiciu do otrzewnej wrzodu dwunastnicy**. Przebicie nastąpiło przed 24 godzinami; otrzewna była w całości nacíekła a jama brzuszna zawierała obfitą ilość mętnej wypociny. Wrzodu nie można było zeszyć z powodu kruchości tkanek. Zatkano go siecią, którą przytwierdzono kilkoma szwami.

Przebieg pooperacyjny dobry, mimo tego, że chora przebyła ciężkie zapalenie płuc;

6) chorego lat 50 po założeniu zespolenia żołądkowo-jelitowego tylnego z powodu **bliznowatego zwężenia odźwiernika**. Stan obecny bardzo dobry;

7) chorego lat 27 który upadł na wystający pal i doznał **rozdarcia powłok brzusznych**, z wypadnięciem jelit i poprzecznem przedarciem jelita biodrowego, oraz oderwania krezki. Mimo znacznego zanieczyszczenia jelit i 12 godzinnego trwania uszkodzenia, zeszyto rozdarcia i po dokładnem obmyciu roztworem fizjologicznem, odprowadzono do jamy brzusznej — którą następnie szczelnie zeszyto. Przebieg dobry, tylko w powłokach brzusznych powierzchowne ropienie;

8) dwa złamania **kości udowej** leczone wyciągiem, jeden na aparacie »Opas« i drugi zapomocą klamry Schmerca. Aparat »Opas«, nadający się do każdego łóżka, daje bardzo ładne wygojenia; klamra zaś Schmerca ma wiele zalet przed sposobem Steinmana i nie pozostawia żadnych uszkodzeń trwałych;

9) chorego lat 70 z **rakiem odbytnicy**, przyrośniętym do kości krzyżowej. U chorego założono sztuczny odbyt i płukaniami opanowano rozpad i krwotoki z nowotworu;

10) kobietę lat 30; **po usunięciu worka żółciowego z licznemi kamieniami**; chorą tę przyjęto z ciężkiem zapaleniem worka żółciowego i dróg żółciowych, z gorączką i żółtaczką. Po odczekaniu najcięższych objawów, wykonano zabieg polegający na usunięciu woreczka żółciowego i założeniu drenu gumowego do kikuta przewodu woreczka. Zrazu wydzielało się drenem wiele żółci, do 1 litra w dobie. Po dwunastu dniach żółć przestała odpływać, a obecnie po usunięciu drenu przetoka żółciowa zupełnie się wygoiła i chora powróciła do zupełnego zdrowia.

Zebranie uchwaliło odnieść się do Izby lekarskiej lwowskiej o przyznanie obwodowi rzeszowskiemu prawa wyboru drugiego członka do Izby lek., ewetualnie zamianowanie zastępcy oraz uchwaliło ponowny wybór dawnego delegata.

Dr. R. Hinze.

Zjazd lekarzy Województwa Nowogródzkiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 września 1925 r. w Nowogródku.

Dokończenie.

4. Dr. M. Łyczkowski. Nieśwież. „**O przetaczaniu krwi w świetle badań serologicznych**“ Pierwsze przetaczanie krwi zostało wykonane w Paryżu w r. 1667 przez J. Denis'a. Od tego czasu stosowano je w medycynie dość rzadko z powodu ciężkich i częstych powikłań. Zawdzięczając ulepszeniu techniki, obecnie stosuje się u ludzi na szeroką skalę, jak o tem świadczą dane literatury: Oehlecker w roku 1924 komunikuje o 400 przetaczaniach, Thiess o 450, Robertson o 500. Znaczenie przetaczania polega przedewszystkiem na przeszczepianiu pierwocin krwi, wobec czego wskazania do niego stanowią nagłe utraty krwi na zewnątrz i wewnątrz, przewlekła niedokrewność różnego pochodzenia, krwawiączka, melaena neonatorum, niedonoszenie noworodków i inne. W ciężkich zatruciach tlenkiem węgla, oparzeniach ciała, mocznicy, drgawkach porodowych Robertson kombinuje przetaczanie krwi z wypuszczaniem. Najlepszą krwią do przetaczań jest

krew normalna, niezmieniona, chociaż obecnie z powodów czysto technicznych używają krwi odwłókninonej lub z dodatkiem cytrynianu sodu w ilości 0,2%. Ilość krwi do przetaczania waha się od 250 cm.^{3} do 1200 cm.^{3} u dorosłych i od 80—150 cm.^{3} u dzieci. Wstrzykują krew u dorosłych dożylnie, u dzieci — do zatoki strzałkowej, do otrzewnej i do żyły jarzmowej. Są 3 sposoby przetaczania: 1. bezpośredni; 2. pośredni i 3. t. zw. autotransfusio. Pierwszy polega na połączeniu naczyń krwionośnych za pomocą szwu, albo rurek Cvil'a, wymaga ogromnej zręczności i uważany jest za metodę idealną (Carrel). Drugi polega na zbieraniu krwi do różnych specjalnych narzędzi (Jeleńkiewicz, Becart, Beck) celem pozbawienia krwi krzepliwości, albo do jakichbądź naczyń, gdzie się krew odwłóknia, cedzi przez gazę lub miesza z cytrynianem sodu i następnie wlewa się dożylnie.

Przetaczanie krwi własnej używa się najczęściej po wylewach krwi do jamy brzusznej, przy pęknięciu ciąży pozamacicznej (Hempel), przyczem krew zbiera się przez mały otwór brzucha, miesza z cytrynianem sodu lub cedzi (Węgłowski) i wlewa się dożylnie, albo do tętnicy nasiennej. Odnalezienie odpowiedniej krwi stanowi zawsze największą trudność. Pod tym względem stoją najlepiej wielkie zakłady lecznicze w Ameryce, gdzie (wedle Nowosiołowa) istnieją całe kadry ludzi, dających swoją krew za zapłatę (Br. Mayo). W praktyce po większej części wypada zwracać się do blizkich krewnych chorego, chociaż taka krew, według badań lat ostatnich, może być przyczyną śmiertelnych powikłań, wskutek tak zw. izoaglutynin, izohemolizyn. Pod względem obecności izoaglutynin Landssteiner jeszcze w roku 1901 podzielił surowice na trzy grupy: A, B i C. Później Jański w 1906 r. i Moss w 1911 r. odnaleźli jeszcze jedną grupę, którą spotyka się najrzadziej; i krew ludzką ostatecznie podzielono na 4 następujące grupy: I. gr. (według Mossa) nie zawiera żadnych izoaglutynin, ale jej własne krwinki aglutynują się przez surowicę wszystkich innych grup. II. gr. aglutynuje czerwone ciałka III-ej grupy i nigdy — swoje własne, lub tejże grupy II-ej. III. gr. aglutynuje czerwone ciałka II-ej grupy i nigdy swoje własne, lub tejże grupy III. IV. gr. aglutynuje czerwone ciałka wszystkich trzech poprzednich grup i nigdy swoje własne lub inne tejże IV. grupy. Hirszfeld i Dungern, na mocy swoich doświadczeń nad uodpornianiem zwierząt, podzielili krew na 4. grupy według biochemicznych cech ciałek czerwonych. Ich grupy odpowiadają grupom Mossa w następujący sposób: I-sza grupa = AB, II = A, III = B, IV = O. Oprócz izoaglutynin odnaleziono w surowicy ludzkiej t. zw. autoaglutyniny (Białosuknia i Hirszfeld), które zlepiają własne czerwone ciałka i czerwone ciałka tej samej grupy, lecz znaczenia nie mają przy przetaczaniu krwi, ponieważ działają tylko w warunkach niefizjologicznych. Biologiczne cechy krwi, wedle Hirszfeldów, dziedziczą się zgodnie z prawem Mendl'a i do pewnego stopnia charakteryzują poszczególne narodowości i rasy. Hirszfeldowie pierwsi przeprowadzili badania serologiczne nad rasami ludzkiemi w Macedonji. Mydlarski i Halberówna przeprowadzili takie badania w Polsce (11.480 polaków i 818 żydów). Z tych badań można wnioskować, że cecha A charakteryzuje narody europejskie, a cecha B — narody azjatycko-afrykańskie. U Polaków gr. A spotyka się w 44%, gr. B — w 18,8%, gr. AB w 7%, gr. 0 — w 35%. Przy przetaczaniu krwi, według większości autorów odgrywa rolę grupa czerwonych ciałek dającego, ponieważ izoaglutyniny dającego rozcieńczają się w krwi biorącego (Küttner, Hirszfeld, Rutkowski). Pod tym względem najlepszą krew do przetaczania stanowi kr. gr. 0 = (IV), a objektem do przetaczań — ludzi z gr. krwi AB = (I). Technika określenia grupy krwi, według Hirszfeldów, jest bardzo prostą i zajmuje nie więcej, jak pół godziny czasu. Zamiast serologicznych badań krwi, niektórzy proponują t. zw. biologiczną próbę (Küttner, Cehklecker), która polega na zastrzyknięciu 10 cm^3 krwi dożylnie przed przetaczaniem. Odsetek powikłań śmiertelnych przy przetaczaniu krwi bez badań serologicznych wynosi do 3% w/g Rutkowskiego. W Nieświeskim szpitalu N. N. K. zbadano na izoaglutynację 175 osobników — przeważnie ze wsi wschodniego pogranicza. W tej liczbie było 7 rodzin, składających się z 24 osobników. Podzielenie krwi na grupy u nich było następujące: I. gr. (= AB) = 8%. II. gr. (= A) = 34%, III. gr. (= B) = 25%, IV. gr. (= 0) = 33%. Z tego można wnioskować, że narodowość pogranicza zajmuje środkową pozycję między narodowościami europejskiemi i azjatyckiemi. Obok bardzo słabych izoaglutynin, w niektórych surowicach znaleziono izoaglutyniny bardzo silne, które działały w rozcieńczeniu 1:160 Z powodu tego autor przyszedł do wniosku, że byłoby bardzo ryzykowne wstrzykiwać każdemu krew gr. IV. (= 0), albo osobnikom z krwią gr. I. (AB) wstrzykiwać każdą krew. Otóż dlatego — w swojej praktyce autor używał przetaczania tylko pomiędzy osobnikami z krwią jednej grupy. Badanie krwi u członków 7-miu rodzin jeszcze raz przekonało autora, że często krew rodziców zawiera izoaglutyniny przeciwko czerwonym ciałkom dzieci (i odwrotnie). Wobec tego autor przyszedł do wniosku, że badania serologiczne na izoaglutyniny muszą być przeprowadzane w każdym przypadku przetaczania krwi nawet pomiędzy blizkiemi krewnemi. Wszystkiego zrobiono w Nieświeskim Szpitalu N. N. K. 5 przetaczań krwi u 3-ch osobników. Jeden z nich miał ciężkie ropienie kości miednicy z zatokami ropy. Drugi — ciężkie ropienie stawu kolanowego z zatokami ropy i trzeci zakażenie krwi po odniesionej ranie. Dwa razy krew wzięto z żyły, trzy razy z tętnicy promieniowej w ilości 250 cc., cztery razy wstrzyknięto krew czystą z pomocą zwykłego aparatu do wlewań, pokrytego parafiną, jeden raz w połączeniu z 0.2% cytrynianu sodu. W dwóch pierwszych przypadkach wyniki przetaczań były bardzo dodatnie, w trzecim przypadku — ujemne.

5. Dr. L. Abramowicz. Baranowicze. **„Lithopedion, operowane per laparotamiam“.** Włościanka Z., 32 lata, w 9 miesiącu ciąży miała bóle w rodzaju partych, które uspokoiły się po 2—3 dniach; pozatem stopniowo zajęła się ona zwykłą pracą; brzuch począł zmniejszać się, samopoczucie było względnie dobre, tylko czasami przy niektórych ruchach chora odczuwała nieokreślone dolegliwości w dole brzucha. Stan ten trwał 4 lata; wtedy wydzieliny stały się ropnemi i z pochwy wypadło kilka kosteczek. Zapach wydzielin zwrócił uwagę otoczenia i zmusił do zwrócenia się do szpitala. Dokonano cięcia cesarskiego, przyczem okazało się: macica zupełnie ścieńczała i łatwo się rozrywa, znaczna ilość zrostów. Macicę wszyto do rany brzusznej i założono tampon: Płód wyjęty tą drogą zmumifikowany i inkrustowany solami wapna. Okres pooperacyjny bez powikłań.

6. Dr. Wł. Malinowski. Słonim. **„Obecny stan pomocy lekarskiej w Województwie Nowogrodzkiem“.** Autor z długiego referatu wyprowadza następujące wnioski: 1) Konieczna potrzeba poprawy bytu lekarzy rejonowych, szczególnie pod względem urządzenia dobrych lokalów ambulatoryjnych, zaopatrzenia ich w środki lecznicze, usługę, powiększenia opłaty personalowi pomocniczemu, zabezpieczenia lekarzy w środki lokomocji i urządzenia przy przychodniach przytułków położniczych na 4 łóżka, ponieważ taki przytułek będzie miał podwójne znaczenie: a) lekarz lepiej i racjonalniej da pomoc położnicy w przytułku, niźli w warunkach wiejskich, w mieszkaniu chorej, gdzie często umiejętność i praca lekarza idzie na marne i ginie rezultat operacji; b) przytułek ma znaczenie pedagogiczne, bo chora przyucza się do czystości, do racjonalnego pielęgnowania niemowlęcia i oprócz tego wyrabia się zaufanie do lekarza.

2) Niezbędne jest powiększenie liczby szpitali, zmniejszenie opłaty w szpitalach, lepsze ich zaopatrzenie, powiększenie personalu pomocniczego i uproszczenie rachunkowości.

3) Wyasygnowanie dostatecznych sum na leczenie chorych psychicznych, potrzeba wybudowania okręgowego szpitala dla umysłowo chorych dla kilku województw kresowych.

4) Sejmiki muszą mieć lekarzy sejmikowych, jako kierowników medycyny samorządowej i żadna uchwała z zakresu medycyny nie powinna zapaść bez wysłuchania opinji lekarza.

5) Konieczna jest reorganizacja istniejącej formy pomocy lekarskiej i wprowadzenie medycyny samorządowej na wzór ziemskiej.

7. Dr. Blaustejn Wilhelm. Nowogródek. **„O jaglicy“.** Statystyka wykazuje, że jaglica w Województwie Nowogrodzkiem stanowi poważną pozycję. Wśród wychowanków schronisk liczba chorych wynosi 30%, w szkołach 20%. Do tępienia jaglicy prowadzi: 1) izolacja i 2) tworzenie zakładów wychowawczo-jaglicznych, 3) rozległe leczenie ambulatoryjne. Ad 1) powinna ograniczać się do przypadków ostrych lub dotyczeć osobników zamieszkujących kwatery zbiorowe. Ad 2) Tworzenie zakładów wychowawczo-jaglicznych jest utrudnione i ograniczone. Ad 3) Leczenie ambulatoryjne jest to sposób najszerzej stosowany mający uzasadnienie w doświadczeniu znawców jaglicy, wykazującem, że jaglica, należycie traktowana, nie jest groźną, dla otoczenia. Co do djagnostyki różniczkowej najtrudniejsze jest odróżnianie nieżytu mieszkowego od jaglicy u osobników młodych, gromadnie przebywających; odnośnie do leczenia: wyciskanie ziaren bez względu na sposób (szczypczykami, ręcznie, pałeczką szklaną), przyśpiesza leczenie. Co do ubytków jaglicznych, niekiedy opaska i maść Kollargolowa daje wbrew zasadzie, dobre wyniki.

Dr. T. Gwiaździński.

Związek lekarzy P. P. Koło Chełmskie.

Sprawozdanie za rok 1923 i 1924.

Koło Chełmskie Z. L. P. P. na początku roku 1923 liczyło członków trzynastu. W tym roku został uzupełniony Zarząd przez wybór bibljotekarza i skarbnika tak, iż skład Zarządu był następujący: przewodniczący Dr. E. Łuczkowski, sekretarz Dr. T. Gniazdowski, bibljotekarz Dr. L. Chomicki, skarbnik Dr. H. Brendel. Koło w latach sprawozdawczych 1923 i 24 ujawniło swą działalność przez urządzanie posiedzeń naukowych z referatami i pokazami, przez porozumiewanie się na zebraniach w sprawach organizacyjnych, zawodowych i społecznych.

Posiedzenia naukowe odbywały się, jak i w latach poprzednich wspólnie z kolegami-lekarzami wojskowymi ze szpitala Okręgowego w Chełmie, należącymi do Sekcji Sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej. Posiedzeń naukowych odbyło się w Kole 9, w Szpitalu Wojskowym Koło uczestniczyło w 4 posiedzeniach, organizacyjnych i w sprawach zawodowych 10.

Posiedzenia naukowe z odczytami, referatami i pokazami chorych odbyły się następujące:

15. I. 1923. Dr. F u c h s referował o urządzeniach sanitarnych i higjenicznych w Ameryce.

2. Kol. M. W i l e n k o: **Pasteur jako uczony**, wygłoszone na posiedzeniu w dniu 5. lutego 1923.

Mowca przedstawia działalność Pasteura na tle ówczesnej epoki naukowej, która w dziedzinie bakterjologji rozpoczyna swój żywot od doświadczalnego uzasadnienia witalistycznego pojmowania procesów fermentacyjnych i gnilnych i przedstawia w zarysie walkę między zwolennikami witalistycznej teorji fermentacji i gnicia, a teorji fizykalno-chemicznej z Lietzigiem na czele. Omówiwszy działalność Cagnard-Latoura, Schwanna, Turpina, Helmholza, Schrödera, Dussa z jednej strony, a Gay-Lussaca i Listiga, z drugiej strony przechodzi do omawiania pracy naukowej Pasteura, który swemi genjalnie prostemi doświadczeniami rozstrzygnął ten spór naukowy na korzyść witalistów i dowiódł niezbicie, że fermentacja jest korelatem życia, a nie śmierci, że każdemu rodzajowi fermentacyjnemu odpowiada specjalny rodzaj istot żyjących i że gnicie wywołać mogą również tylko twory żyjące. Na podstawie obserwacji fermentacji octowej Pasteur zrozumiał znaczenie bakteryj dla oksydacji i rolę tychże przy butwieniu w przyrodzie; oto dzięki bakterjom odbywa się w przyrodzie proces oksydacyjny odpadków zwierzęcych i roślinnych na prostsze związki chemiczne, bez którego to procesu krążenie materji w przyrodzie byłoby niemożliwe. Wykryciem anaerobiozy bakteryj i uzasadnieniem doświadczalnem, że heterogenja w przyrodzie nie istnieje, zamyka Pasteur pierwszy okres swej działalności naukowej. Dalsza praca naukowa jest wynikiem zwycięstwa jego teorji.

Drugi okres badań naukowych Pasteura łączy się ściśle ze zwycięstwem teorji witalistycznej fermentacji i gnicia, która musiała się odbić na badaniu przyczyn chorób zakaźnych. Nauka o contagium vivum odżyła na nowo. Pasteur w swoich badaniach ustala ostatecznie pasorzytniczą przyczynę wąglika. Dzięki stosowaniu odkrytej przez Pasteura metodyki czystej hodowli, odkrywa Pasteur lub uczniowie pod jego kierownictwem, szereg bakteryj chorób zakaźnych, a więc bakterje zgorzeli złośliwej, gronkowce ropne, cholerę kur, różę świń. Badania Pasteura nad osłabionemi hodowlami cholery kur stają się praktycznie punktem wyjścia dla nowej gałęzi bakterjologji — dla szczepienia ochronnego leczniczego, a teoretycznie stwarza nowoczesną serologję.

W końcu, pomijając znaczenie praktyczne badań i odkryć naukowych Pasteura, omawia prelegent teoretyczne znaczenie jego badań, które zapewniają Pasteurowi nieśmiertelność.

3. Kol. G n i a z d o w s k i. **»Wskazania lekarskie i sposoby zapobiegania lub sztucznego przerywania ciąży«.** Wygłoszone na posiedzeniu w dniu 16 kwietnia 1923.

W praktyce ginekologicznej zdarzają się często przypadki, że zachodzi potrzeba poradzić chorej starać się o zapobieżenie zajściu w ciążę lub w razie istniejącej już ciąży wywołanie sztucznego poronienia ewent. przyśpieszenia porodu. Szczególnie ważną rzeczą jest sprawa zapobiegania, mająca znaczenie do pewnego stopnia zapobiegawcze co do mającej nastąpić ciąży, która niekiedy może zaważyć na losie chorych jako poważne powikłanie głównego cierpienia. W wielu przypadkach lekarze prędzej decydują się udzielać rad i wskazówek co do zapobiegania ciąży, niż na sztuczne poronienie, już to ze względu na trudności techniczne, połączone z tą operacją, już też licząc się z przykremi następstwami, jakie po tej operacji mogą powstać. Z zapłodnienia wynika bardzo często pożądane stworzenie rodziny i zapewnienie trwania niejako własnego jestestwa w dzieciach. Często zaś potomek bywa bardzo niepożądanym gościem, jako nowy ciężar dla niedostatku lub nędzy. W innych razach zastąpienie bywa groźbą ciężkiego schorzenia. a nawet śmierci matki. Stąd wynika potrzeba ograniczenia płodności kobiecej Wskazania do tego mogą być natury czysto lekarskiej lub społecznej.

Przypadków, w których ze wskazań lekarskich niepożądane lub przeciwskazane jest zajście w ciążę, jest bardzo wiele i one wcale się nie pokrywają wskazaniami do przerwania ciąży, których jest bardzo mało. Często kobiety zwracają się do lekarzy z pytaniem, co mają uczynić, aby się nienarazić na groźne następstwa ciąży i porodu. Żaden z lekarzy nieprzypuszcza, że rada »aby się wystrzegano« wystarczy.

Zachodzi pytanie, czy posiadamy środki zupełnie na pewne ubezpładniające kobietę. Takie środki znamy tylko jako środki operacyjne, do których ze względu na niebezpieczeństwo, jakie za sobą pociągają, możemy się uciec tylko w rzadkich przypadkach, w innych zaś rozporządzamy mniej pewnemi środkami ochronnemi. Środki te są wprawdzie bardzo liczne, często jednakże zawodzą i nie zawsze obojętne dla zdrowia. Wywołują. one w pewnych razach, jak wskazały badania K i s c h a i J a w o r s k i e g o szereg ciężkich zaburzeń, głównie ze strony serca, mianowicie całozbiór objawów, zwany *»cardiopathia uterina«*.

Środki ochronne dają się podzielić na następujące grupy:

1) Sposoby, niedopuszczające plemników do pochwy.

2) Środki, wydalające z pochwy świeżo złożone nasienie. Dzieje się to zwykle zapomocą wstrzykiwań pochwowych, wykonywanych tuż po spółkowaniu albo wodą czystą o T. 35° C lub z domieszką octu, kwasu karbolowego, lisoformu, a nawet sublimatu.

3. Środki z pozostawieniem nasienia w pochwie, lecz niedopuszczające zetknięcia się jego z ujściem macicznem. Tu należą: gąbki, tampony, *pessaria occlusiva* i Dra K a f k i czapeczki na część pochwową.

4. Środki, dozwalające na zetnięcie się nasienia z częścią pochwową, lecz mające działać zabójczo na plemniki. Środkami takiemi są: ałun, chinina i winian potasowy, jako sól kwaśna (*cremor tartari*), których się używa albo zarobionych z masłem kakaowem lub w postaci proszków.

5. Środki, działające na błonę śluzową macicy, są zawsze szkodliwe.

Co się tyczy sztucznego przerywania ciąży, to i tu, jak w zapobieganiu, wskazania społeczne i wskazania lekarskie — są to dwa zagadnienia różne.

Za wskazania natury społecznej do przerwania ciąży podawane bywają: 1) położenie ekonomiczne rodziców, nie będących w możności utrzymać, dzieci 2) położenie matki, mającej urodzić dziecko nieślubne, 3) zgwałcenie i t. d. Według obowiązujących przepisów prawnych ten tylko lekarz nie podpada karze za przerwanie ciąży, który to czyni w celu odwrócenia od kobiety, w ciąży będącej niebezpieczeństwa grożącego jej życia lub zdrowiu, nie dającego się w inny sposób usunąć.

Do ważniejszych wskazań lekarskich przerywania ciąży należą:

1. Ścieśnienia miednicy II. i III. stopnia, szczególniej jeżeli przy poprzednich porodach rodziły się nieżywe dzieci.

2. Niczem niepowściągliwe wymioty ciężarnych z uwzględnieniem spadku dziennego wagi ciała (ponad 300-gr), zachowania się tętna, ilości i jakości moczu, stopnia wychudzenia i osłabienia.

3. Zapalenie nerek szczególnie przy objawach moczniocowych i zmianach na dnie oka, jak zapalenie i oderwanie siatkówki.

4. Drgawki porodowe (*ecclampsia*). W ostatnich czasach szereg położników, wychodząc z założenia, że rzucawkę najprawdopodobniej wywołują w wielu przypadkach wytwory wymiany materji płodu, zaleca niezwłoczne opróżnienie macicy zaraz po pierwszym napadzie.

5. Choroby serca. Sztuczne wzniecenie poronienia lub porodu przedwczesnego wskazane będą w tych razach, gdy podczas ciąży wzmagają się stale objawy upośledzenia krążenia. Według W. F r e y'a, ciężarne czy pierwiastki, czy wieloródki ze świeżemi zmianami zapalenia w sercu, którym towarzyszy gorączka i przyśpieszenie tętna, kwalifikują się do przerwania ciąży, choćby nawet wyrównanie było zupełne.

6. Co do wskazań przerywania ciąży z powodu gruźlicy płuc i krtani, panują między autorami wręcz przeciwne zapatrywania. Jako wielce charakterystyczne należy tu zaznaczyć zapatrywania P a n k o w a, który na zasadzie krytycznego rozbioru własnych swych i cudzych spostrzeżeń doszedł do następujących wniosków: gruźlica płuc, zdarzająca się obok ciąży w $^4/_5$ przypadków, jest i pozostaje ujatona i ma wtedy tak małe znaczenie, że nie uprawnia do przerywania ciąży. Natomiast na gruźlicę płuc jawną ma ciąża, poród i połóg wpływ niezmiernie niekorzystny; gruźlica pogarsza się zwykle już w pierwszych miesiącach ciąży, wprawdzie nieznacznie, ale natomiast w drugiej połowie postępuje szybko i często wiedzie do śmierci; dlatego też w przypadkach gruźlicy jawnej wskazane jest wczesne przerwanie ciąży.

Co do samej techniki poronienia sztucznego, to proponowane były rozmaite sposoby. F e l l n e r np. doradza w pierwszych miesiącach ciąży tampowanie jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej. Wydobycie płodu na drodze krwawej po 10 tygodniach trwania ciąży zapomocą łyżeczki po uprzedniem rozszerzeniu szyjki, aczkolwiek pozornie upraszcza rzecz całą technicznie, naraża jednak ciężarną, chorą na gruźlicę, na wielkie niebezpieczeństwo.

Inne wskazania chorobowe, jako to: łagodna postać żółtaczki, pląsawica, ostre choroby zakaźne rzadziej dają wskazania do przerywania ciąży.

Wśród poronień sztucznych niepoślednią rolę odgrywają poronienia kryminalne, często zmuszające lekarzy do dokończenia rozpoczętych nieumiejętnie poronień przez szarlatanów.

Na dowód, że do nieuzasadnionych poronień sztucznych przyczyniają się czasami i sami lekarze, służy odezwa, umieszczona w Pol. Gaz. Lek. Nr. 21 r. 1922 pod tytułem: »Lwowskie Tow. Gin. do kolegów nieginekologów«. Z powyższego widać, iż wolno lekarzom podawać i zalecać środki i sposoby przeciwko zapobieganiu i przerywaniu ciąży, lecz jedynie ze wskazań czysto lekarskich. C. d.

Dn. 6. VI. 1923. Dr. S u g a t o w s k i. **Pokaz chorych w Szpitalu Miejskim Św. Mikołaja.**

2. VII. Dr. W i l e n k o. **O ropniach okołonerkowych.** Odczyt został umieszczony w Pol. Gaz. Lek.

28. IX. Dr. Ł u c z k o w s k i. **O anafilaksji.**

19. XI. Dr. C h o m i c k i. **Cierpienia spojówek na tle pasorzytów.**

Dok. nast.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

III. posiedzenia, odbyte w sali konferencyjnej Województwa lwowskiego w dniu 17. października 1925.

Obecni P. T. 1) Dr. Mikołajski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, 2) Dr. Kuhn, Inspektor lekarski, 3) Dr. Szaynowski, Inspektor lekarski, 4) Dr. Mosler, referendarz lekarski. 5) Dr. Lipski, referent fachowy szpitalnictwa w T. W. S., 6) Dr. Legeżyński, Naczelny lekarz miejski, 7) Prof. Dr. Rencki, Delegat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K., 8) Dr. Szkodziński, dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, 9) P. Ochman, Delegat Okręgowego Związku Kas chorych, 10) Dr. Węgrzynowski, 11) Dr. Kielanowski, 12) Doc. Dr. Sabatowski, Delegaci lwowskiego Tow. walki z gruźlicą, 13) Dr. M. Selzer, Delegat Tow. szerzenia higjeny wśród żydów, 14) Dr. Schleicher, Wiceprezydent m. Lwowa, 15) Dr. Bett, Naczelny lekarz m. Kasy chorych, 16) Dr. Zabłocki, Prezes lwow. Tow. walki z gruźlicą, 17) Pułk. Dr. Hornung, Delegat Szefostwa sanitarnego D. O. K. VI., 18) Dr. Małaczyński, Lekarz powiatowy — Lwów, 19) Dr. Świątkowski, Lekarz powiatowy — Lwów, 20) Dr. Loewy, Lekarz powiatowy — Tarnobrzeg, 21) Dr. Krok, Lekarz powiatowy— Przeworsk, 22) Dr. Dorosz, Lekarz powiatowy — Sanok, 23) P. Żeleński, Starosta powiatu Lwów, 24) Doc. Dr. Gąsiorowski, Dyrektor Filji P. Zakładu Higjeny.

Usprawiedliwi nieobecność: Prof. Dr. W. Nowicki, Doc. Dr. Grek, Gen. Dr. Zieliński, Dr. Kociuba, Dr. Opieński.

Przewodniczy Dr. Mikołajski, który przedstawia zebranym P. Dr. Mikłaszewskiego, Referenta spraw gruźlicy w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, przybyłego z Warszawy na posiedzenie Komisji:

ad 1) Dr. Mikołajski odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który bez zmian przyjęto.

ad 2) i 3) Dr. Mikołajski odczytuje następujące sprawozdanie:

1) Komitet wykonawczy Komisji odbył posiedzenia w dniach 8. i 13. czerwca b. r., poświęcone sprawie przystosowania wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą do wskazówek Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Osiągnięto pod tym względem zupełne porozumienie z Lwowskiem Tow. walki z gruźlicą i postanowiono przedłożyć Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosek utrzymania dotychczasowej półurzędowej organizacji przeciwgruźliczej, jako Ligi Przeciwgruźliczej, a przekształcenie lwowskiego Tow. walki z gruźlicą w Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla obszaru miasta Lwowa. Reskr. z 23. czerwca b. r. Nr. Z. H. 3250/25 oświadczyła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, że, biorąc pod uwagę motywy, przytoczone przez Komisję, postanawia zachować istniejącą, półurzędową organizację na terenie Województwa lwowskiego, pozostawiając Tow. walki z gruźlicą akcję w obrębie miasta Lwowa. Dalsze istnienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą uważa Generalna Dyrekcja Służby zdrowia za niezbędne. W ten sposób ustaliło Ministerstwo podstawy organizacji walki z gruźlicą w naszem Województwie. Organizacja ta opiera się na zatwierdzonych przez władzę statutach Powiatowych Kół walki z gruźlicą. Statuty, jednakowe dla wszystkich powiatów, wymagają pewnych poprawek wobec zmienionego w ostatnich kilku latach ustosunkowania władz. Sprawą tą zajmie się Komitet wykonawczy w czasie najbliższym.

2) 1) Zgodnie z uchwałą Komisji Wydział Zdrowia Publicznego pismem z dnia 5 czerwca 1925 L. Z. P. 3891 przedłożył Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia referat Dr. Moslera o potrzebie otwarcia na koszt Państwa osobnej Przychodni Przeciwgruźliczej we Lwowie dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin.

Na pismo to nadeszła odpowiedź G. D. S. Z. z dnia 25 lipca br. Nr. Z. H. 3571, że „aż do czasu ustalenia definitywnego programu profilaktycznego zwalczania gruźlicy w Państwie, byłoby wskazane, aby funkcjonarjusze państwowi korzystali z istniejących Przychodni Przeciwgruźliczych, prowadzonych przez organizacje społeczne, a wydajnie popieranych przez Rząd".

Pismem z dnia 10 września br. L. Z. P. 5788 upraszał Wydział Zdrowia Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o wskazanie, które to Przychodnie Przeciwgruźlicze na obszarze tutejszego Województwa otrzymały rządowe zasiłki w r. 1924 i 1925, gdyż Urzędowi Wojewódzkiemu dane te nie są wiadome.

Sprawę subwencyj dla Przychodni Przeciwgruźliczych poruczył Wydział Zdrowia także w piśmie z dnia 25 lipca 1925 L. Z. P. 5004, wystosowanem do rąk P. Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia, a którem podniósł, że Województwo lwowskie nie otrzymało w r. 1924 i 1925 żadnej subwencji na walkę z gruźlicą, a w r. 1923 tylko 2 miljony marek, że ludność Województwa lwowskiego wynosi dziesiątą część zaludnienia całego Państwa, że w Województwie lwowskiem gruźlica więcej grasuje, niż w innych okolicach kraju i że w Województwie tem wysiłkiem społeczeństwa i innych czynników od lat kilku daleko więcej się działa na polu walki z gruźlicą, niż w innych Województwach, że jednak uchylanie od 3 lat zasiłku na walkę z gruźlicą z funduszów państwowych zniechęca do ofiarności inne czynniki.

Wydział Zdrowia wyraził zdanie, że jednomierne traktowanie wszystkich Województw byłoby pożądane i że jest wskazane ustanowienie na przyszłość pewnego klucza do rozdziału subwencyj państwowych na walkę z gruźlicą w Województwach poszczególnych.

Podczas bytności we Lwowie w dniu 14 września br. oznajmił P. Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, że na r. 1925 przeznaczyła G. D. S. Z. dla tutejszego Województwa 10.000 zł. na walkę z gruźlicą, z czego 5.000 zł nadejdzie w diach najbliższych, a reszta później i że w następnym roku Województwo lwowskie będzie w większej mierze uwzględnione.

W załatwieniu wspomnianego pisma z dnia 10. września br. w którem prosił Wydział Zdrowia Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o wskazanie Przychodni wydajnie subwencjonowanych przez Państwo, zawiadomiła G. D. S. Z. reskryptem z dnia 3 października 1925 Nr. Z. H. 5229/25, że po otwarciu kredytu na październik przyzna zapomogę na walkę z gruźlicą w wysokości 5.000 zł i zażądało planu podziału tej sumy pomiędzy przychodnie za okazaniem, na jakie cele ma być ona użyta.

Sprawozdaniem z 16. października 1925 L. Z. P. 6404 oznajmiono, że z zapowiedzianej subwencyj zamierza się udzielić zasiłku na częściowe pokrycie kosztów utrzymania wywiadowczyń przychodni w Jarosławiu — 1.000 zł, w Jaworowie — 500 zł, w Rzeszowie — 1.000 zł, w Samborze — 1.000 zł, nadto w Rawie ruskiej — 500 zł na częściowe pokrycie kosztów najmu lokalu na przychodnię i przychodni w Sanoku — 1.000 zł na częściowe pokrycie kosztów budowy domu dla przychodni.

Inne przychodnie zamierza się obdzielić z drugiej raty subwencji rządowej w kwocie 5.000 zł, którą P. Generalny Dyrektor Służby Zdrowia zapowiedział w tym roku.

2) Pismem z dnia 12 września br. L. Z. P. 5885/25 zwrócił się Wydział Zdrowia do G. D. S. Z. z prośbą o zgłoszenie uznanej już przez władzę naczelną półurzędowej organizacji walki z gruźlicą do Państwowego Związku Przeciwgruźliczego, jako samodzielnej jednostki terytorjalnej, i zapewnienie jej wszelkich praw na równi z innemi Towarzystwami terytorjalnemi Przeciwgruźliczemi, a w szczególności udziału Wojewody lub w jego zastępstwie Naczelnika Wydziału Zdrowia w posiedzeniach Zarządu Związku i odpowiedniego przydziału zasiłków z funduszów, któremi Związek rozporządza.

Sprawę tę omówił także Naczelnik Wydziału Zdrowia z P. Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia w dniu 14. września i otrzymał zapewnienie, że będzie uwzględniona.

3) Tow. walki z gruźlicą we Lwowie nadesłało do Wydziału Zdrowia propozycję z dnia 4 czerwca L. 240/25 by wspólnie z tem Towarzystwem zwołać na dzień 28 czerwca do Lwowa Zjazd Przeciwgruźliczy Wojewódzki, który zająłby się organizacją walki z gruźlicą w Województwie.

Wydział Zdrowia oznajmił pod dniem 9 czerwca br. L. Z. P. 4055, że nie zamierza zwoływać na dzień 28 czerwca Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego i że organizację walki z gruźlicą w Województwie będzie można omawiać, dopiero wtedy, gdy Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia ostatecznie zadecyduje co do podstaw tej organizacji. Zresztą jest wątpliwem, czy na dzień 28 czerwca mogliby lekarze powiatowi przybyć do Lwowa, gdyż pochłania ich w czerwcu służbowo szczepienie ospy.

Obecnie, gdy G. D. S. Z. już zadecydowała co do podstaw organizacji, można będzie w Komitecie wykonawczym rozważyć myśl zwołania Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego.

4) Wobec ustalenia podstaw organizacji przedsięwziął Wydział Zdrowia Publicznego szereg zarządzeń, by tę organizację ożywić nowym zapałem do pracy i wskazać jej dalsze drogi działania.

P. Wojewoda wydał gorącą odezwę do PP. Starostów. z dnia 9. lipca br. L. Z. P. 4645, wzywając ich do rozwinięcia jak najusilniejszej działalności na polu walki z gruźlicą, podnosząc, że w dziale administracji sanitarnej — walka z gruźlicą wysuwa się na pierwszy plan i że w tej dziedzinie lekarz powiatowy ma najlepszą sposobność okazania swej sprawności służbowej, zdolności organizacyjnej, owocnej inicjatywy i obywatelskiej dbałości o dobro powszechne. Apel ten nie pozostał bez skutku, czego najpiękniejszym dowodem jest należyte ujęcie sprawy walki z gruźlicą w powiecie sanockim, dotychczas zupełnie biernym.

Wydział Zdrowia Publicznego uprosił P. Wiceprezydenta Dr. Schleichera o opracowanie planu walki z gruźlicą w zakresie gminy m. Lwowa. Tymczasowy Wydział Samorządowy o ogólne ujęcie kierownictwa współudziału samorządów w walce z gruźlicą, Prezydjum Kuratorjum Okręgu Szkolnego do zdania sprawy z walki z gruźlicą w szkolnictwie, a Okręgowy Urząd Ubezpieczeń o przedstawienie współudziału Kas chorych w walce z gruźlicą.

Referaty w tym przedmiocie są właśnie na porządku dziennym.

Stwierdzić należy, że u wszystkich wspomnianych czynników napotkano usilne poparcie akcji, że w szczególności T. W. S. wezwał Samorządy komunalne i powiatowe do wyznaczenia w budżetach na r. 1926 odpowiednich dotacji na walkę z gruźlicą, a Okręgowy Urząd Ubezpieczeń czuwa nad tem, aby Kasy chorych brały udział w tej walce bądź we własnych Przychodniach, bądź też przez zakwestjonowanie Powiatowych Przychodni Przeciwgruźliczych.

Zarządzenia te już w niektórych powiatach ujawniły skutek pożądany.

Dr. Miklaszewski wyjaśnia, że w r. 1924 nie udzielono subwencji na walkę z gruźlicą w Województwie lwowskiem z powodu zbyt małego kredytu na cele walki z gruźlicą. W r. 1925 otrzyma Komisja i lwowskie Tow. walki z gruźlicą po 10.000 zł zasiłku, a większe subwencje można będzie wyznaczyć w r. 1926.

Projekt utworzenia Ligi przeciwgruźliczej Województwa lwowskiego nie dałby się urzeczywistnić w ramach ogólnej organizacji walki z gruźlicą, natomiast G. D. S. Z. zgadza się, aby półurzędowa organizacja walki z gruźlicą w tem Województwie pozostała nadal dla powiatów, a obszar miasta Lwowa aby objęło lwowskie Tow. walki z gruźlicą. Półurzędowa organizacja może zgłosić przystąpienie do Związku Przeciwgruźliczego i przez to uzyskać prawa członka Związku.

ad 4) Dr. Węgrzynowski zdaje sprawę z ostatniego posiedzenia Zarządu Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie.

Postanowiono prowadzić w Polsce szczepienie ochronne niemowląt przeciw gruźlicy i w tym celu utworzono osobny Komitet. Osobna konferencja w tej sprawie odbędzię się także we Lwowie.

Omówiono sprawę wyszkolenia lekarzy w zakresie społecznej walki z gruźlicą. Będzie zorganizowany przez Prof. Gluzińskiego w Warszawie 6-cio tygodniowy kurs, na który poszczególne terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze wyszlą słuchaczy.

Jako organ Związku uchwalono wydawać czasopismo p. t. „Gruźlica". We Lwowie będzie zawiązany miejscowy Komitet redakcyjny. Pomimo opozycji Dr. Węgrzynowskiego uznano, że Okręgowe Związki Kas chorych mogą przystępować do Związku w charakterze członków.

II. Zjazd Przeciwgruźliczy ma się odbyć we Lwowie w czasie Targów Wschodnich. Ustalono jako działy referatowe tematy treści biologicznej, klinicznej i społecznej.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony będzie Walnemu Zebraniu Związku Przeciwgruźliczego.

Oświadczono się za zmianą typu spluwaczek, proponowanego przez lwowskie Tow. walki z gruźlicą.

W dyskusji nad sprawozdaniem Dr. Mikłaszewski wyjaśnia, że szczepienie dzieci przeciw gruźlicy będą się odbywały w klinikach, a w każdem mieście uniwersyteckiem utworzy się dla tej akcji osobny Komitet.

Dr. Mikołajski proponuje, aby ze względu na tę akcję i wogóle na ważność zwalczania gruźlicy wśród niemowląt i dzieci zaprosić do Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą jako specjalistów w tym zakresie: Prof. Dr. Grocra, Doc. Dr. Progulskiego, Doc. Dr. Questa, Prof. Dr. Bocheńskiego i Prof. Dr. Sołowija.

Wniosek ten uchwalono.

Dok. nast

Sprawy zawodowe.

Lubelska Izba lekarska.

Wybory do Rady Izby.

Wydział Wykonawczy Izby Lekarskiej Lubelskiej zgodnie z § 11 Regulaminu I. L. L. podaje do wiadomości, że w dniu 15 listopada b. r. odbyły się wybory do Rady Izby na trzechlecie 1926 1929 wybrani zostali następujący lekarze:

Dr. Modrzewski Jan (Lublin), dr. Brzeziński Adam (Lublin), dr. Drodżdż Wacław (Lublin), dr. Miłaszewski Franciszek (Łuck), Dr. Kujawski Czesław (Lublin), Dr. Łuczkowski Edward (Chełm), dr. Sołłohub Józefat (Włodzimierz), dr. Baliński Karol (Równe), dr. Królewski Wacław (Kowel), dr. Kuropatwiński Aleksander (Drohiczyn), dr. Płaczkiewicz Leon (Lublin), dr. Serdakowski Bronisław (Brześć), dr. Wiszniewski Eugenjusz (Siedlce), dr. ppłk. Jacewski Adolf (Brześć), dr. Jaworski Kazimierz (Lublin), Dr. Nepomucki Florjan (Brześć), dr. Ostrowski Mikołaj (Siedlce), dr. Horodyski Bolesław (Puławy), dr. Zieliński Stanisław (Pińsk), dr. Majewski Antoni (Krzemieniec), dr. Ziembiński Eugenjusz Łuck), dr. Prochorow Mikołaj (Równe), dr. Sotirow Grzegorz (Ostróg), dr. Tenenbaum Henryk (Lublin), dr. Lipiński Włodzimierz (Łuck), dr. Scholtz Edward (Lublin), dr. Skrobiszewski Józef (Hrubieszów).

Pisarz: Dr. *Jaworski*. Naczelnik Izby: Dr. *Modrzewski*.

Izba Warszawsko-Białostocka.

Dnia 29 b. m. odbędą się drugie z rzędu wybory do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na podstawie nowej ordynacji wyborczej, opartej na glosowaniu większościowem. Obecny Zarząd Izby, opierając się na swym regulaminie, powołał Komitet Wyborczy, złożony z przedstawicieli wszystkich zrzeszeń lekarskich na terenie Województw Warszawskiego, Białostockiego i m. Warszawy, celem ułożenia wspólnej listy kandydatów do przyszłej Izby. Na szeregu posiedzeń Komitet uzgodnił listę kandydatów na 56 członków Rady i 28 zastępców, w której wszystkie kierunki myśli lekarskiej są reprezentowane. Fakt uzgodnienia różnych odłamów i kierunków istniejących w świecie lekarskim i wystawienie jednej listy jest niecodziennym a wysoce dodatnim przejawem życia społecznego. Rokuje on również przyszłej Izbie, o ile będzie wybrana na podstawie osiągniętego porozumienia, a nie walk i namiętności wyborczych, możność spokojnej i owocnej pracy dla dobra stanu lekarskiego. Zarząd wzywa członków Izby do solidarnego głosowania na listę, która przesłana będzie wyborcom i do zadokumentowania przez to, że ogół lekarzy, bez względu na kiernnek polityczny, społeczny, czy narodowościowy, może iść zgodnie w pracy dla dobra Ojczyzny i stanu lekarskiego.

Zarząd Izby.

W sprawie wyborów do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Wobec zbliżających się wyborów do Rady Izby Lekarskiej w dniu 29 listopada r. b., Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wzywa wszystkich swoich członków, którzy dotąd nie otrzymali list głosowania wskutek zmiany adresów, lub też z innych powodów, ażeby zechcieli zgłosić się w tej sprawie do kancelarji Izby, Niecała 7 w godzinach od 9 rano do 3 po poł. (tel. 206-44).

Lista kandydatów na członków Rady i zastępców, uzgodniona przez delegatów wszystkich zrzeszeń lekarskich w Komitecie Wyborczym przy Zarządzie, będzie w czasie najbliższym rozesłana wszystkim członkom Izby. Listę tę, o ile będzie akceptowana bez poprawek, można włożyć do części karty zaklejonej zamiast wypisywać kandydatów własnoręcznie.

Blankiety do głosowania, na wypadek, gdy pierwotnie rozesłane uległy zepsuciu lub zniszczeniu, można otrzymać w kancelarji Izby za pokwitowaniem.

Obwód Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Walne Zebranie członków Obwodu Lwowskiego Zw. Lek. P. P. odbędzie się we wtorek dnia 1. grudniu 1925. r. o godz. 18-tej, w salach Polikliniki przy ul. Lindego 5.

Porządek obrad:

1. Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Tym. Zarządu Obwodu Zw. Lek. P. P.

2. Wgbór Członków Zarządu na rok 1926.

3. Wybór delegacji na Nadzw. Walne Zebranie Lek. Zw. Lek. P. P., które odbędzie się dnia 6. grudnia b. r. w Warszawie.

4. Wnioski i interpelacje.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Dalszy ciąg listy lekarzy, którzy otrzymali dyplomy w roku 1924/25: Kapłan Herson, Karpeliowicz Józef, Kłyko Stefan, Kowalski Teofil, Lauer Szymon, Lech Jan, Lewin Izzak, Kothe Noe, Leoszko Józef, Leoszko Michał, Lewit Kazimierz, Lacher Gabryel, Landau Emil, Litauer Amelja, Lewitter Maksymiljan, Lubczyński Wacław, Lewin Hersz, Lejdo Władysław, Lerner Markus, Lewicka Eugenja, Landau Henryk, Łaski Zygmunt, Łysakowski Stefan, Łapiński Teodor, Łypek Sylwin, Mrozowski Feliks, Maciejewski Kazimierz, Matusiak Stanisław, Milewicz Władysław, Mężyński Piotr.

Kraków.

Dyrektorem szpitala w Gorlicach został mianowany dr. Jan Rybicki, sekundarjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku szkolnym 1924/25 na Wydziale lekarskim U. J. uzyskało stopień Dr. wszech nauk lekarskich 115 osób, w tem 10 nostryfikantów. W tym samym czasie zgłosiło podań o nostryfikację 53 zagranicznych doktorów medycyny, a 2 mgr. farmacji. Na rok szkolny 1924/25 zapisało się ogółem (na wszystkie lata) 535 słuchaczów (słuchaczek).

Sprostowanie.

1. W protokole posiedzenia Tow. lek. Częstochowskiego z dnia 21 marca b. r. zamiast: Kol. Koniecpolski pokazał dziecko 18-letnie powinno być 18-miesięczne.

2. W protokole z dnia 25 kwietnia b. r. w sprawozdaniu z odczytu kol. Koniecpolskiego pod 3. zamiast: $^0/_0$ śmiertelności w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze osutkowym, jest wśród ludności semickiej znacznie wyższy winno być znacznie niższy.

Klisza druga (rycina dolna) w Nrze 46 str. 975 w artykule dra A. Musiała nie należy do tej pracy.

Zmarli.

Dr. Jan Nowaczyński, docent chorób wewnętrznych U. J. Nekrolog pomieścimy w jednym z najbliższych numerów Pol. Gaz. Lek.

L. 118,925.

OSTRZEŻENIE.

Wobec wygasania z dniem 1. lutego 1926 r. umowy między obecnie pracującymi lekarzami a Kasą Chorych w Tomaszowie Mazowieckim i wobec zamierzeń Komisarza Kasy Chorych pozyskania lekarzy zamiejscowych ze szkodą dla interesów stanu lekarskiego, Zarząd Okręgu Łódzkiego ostrzega kolegów przed wszelkiego rodzaju pertraktacjami z Zarządem Kasy Chorych w Tomaszowie Mazowieckim, bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lekarzy Obwodu Tomaszowskiego (Tomaszów Mazowiecki, plac Kościuszki 18).

Nieprzestrzeganie tego pociągnie najdalej idące konsekwencje wobec lekarzy, wyłamujących się z pod solidarności zawodowej.

Wydział Wykonawczy Zarządu Okręgu Łódzkiego:

Sekretarz: (—) *Dr. Kryszek.*

Przewodniczący: (—) *Dr. Mikłaszewski.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Podobwodu Bialskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w organizującej się Powiatowej Kasie Chorych w Białej Podlaskiej, bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L. 31

Ostrzeżenie!

Koło Chełmskie Związku Lekarzy P. P. ostrzega ponownie Kolegów przed przyjmowaniem posad lekarzy kasowych w Kasie Chorych w Chełmie bez poprzedniego porozumienia się z Zarządem Koła

Sekretarz: *Dr. T. Gniazdowski.*

Przewodniczący Koła: *Dr. E. Łuczkowski.*

L. 3203

Konkurs.

Wydział powiatowy w Lisku rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Cisnej. Bliższe warunki poda Wydział powiatowy do dnia 30 listopada 1925.

Komisarz rządowy: *Mauthner* m. p.

L. 4921/VI.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Kowelskiego ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego w Brzuchowiczach, powiatu Kowelskiego na następujących warunkach:

Kandydat winien posiadać:

a) obywatelstwo polskie;
b) przynajmniej kilkuletnią praktykę zawodową ze specjalnem uwzględnieniem działu akuszerji:
c) nieprzekroczony wiek 50 lat.

Do posady tej przywiązana jest VIII kategorja płacy urzędników państwowych + 25% dodatku komunalnego.

Termin upływa z dniem 10. grudnia r. b

Należycie udokumentowane podania wraz z curriculum vitae należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego w Kowlu.

Przewodniczący Starosta:
(—) *H. Niepokulczycki.*

L. 67740/X/25.

KONKURS.

W Wydziale Sanitarnym Dyrekcji Kolei Państwowowych we Lwowie, jest do obsadzenia posada kontraktowego lekarza specjalisty-chirurga, z uposażeniem według grupy VII, szczebla „A“ (Ustawa z 9/X. 1923, Dzien. U. R. P. Nr. 116/1925, poz. 924) wraz dodatkiem regulacyjnym i ekonomicznym, bez dodatku za studja wyższe i wszelkich innych.

O posadę powyższą ubiegać się mogą jedynie lekarze pracujący obecnie jako asystenci Uniwersytetu Lwowskiego, względnie jako asystenci oddziałów szpitalnych lwowskich.

Do podań należy dołączyć metrykę urodzenia, dowód obywatelstwa polskiego, świadectwa z poprzedniej i obecnej pracy, dokument stwierdzający stosunek do wojska oraz curriculum vitae. Podania z wyżej wymienionymi dokumentami należy wnosić do Wydz. Sanit. Dyr. K. P. we Lwowie do końca grudnia b. r.

Dyrekcja Kolei Państwowych, Wydział Sanitarny.